

RAPORT MBI REFORMIMIN E SISTEMIT SPITALOR NË REPUBLIKËN E SHQIPËRISË

**Mes varësisë dhe autonomisë: Çfarë është ideale?
Sfidat dhe prioritetet në kontekstin shqiptar**



TABELA E PËRMBAJTJES

Parathënie për raportin.....	5
Metodologjia.....	7

KAPITULLI I

Rishikim i informacionit ekzistues.....	8
Përcaktimi i autonomisë së spitalit.....	8
Institucionet spitalore dhe format e autonomisë së funksionimit të tyre.....	17
Vlerësimi i modeleve aktuale të autonomise spitalore.....	26
Modele të autonomisë spitalore në rajon dhe botë.....	28
Eksperienca e disa vendeve ballkanike në reformën për autonomi spitalore.....	37
Modeli autonomisë në Shqipëri, në Spitalin e Durrësit.....	47
Vlerësimi i autonomisë së Spitalit të Durrësit sipas fushave përkatëse.....	50
Gjetjet	55
Rekomandimet	60

KAPITULLI II

Analizë e koncepteve të reja (bazuar në ligjin e ri të miratuar), një qasje krahasimore me ligjin e vjetër të vitit 2003.....	62
Konsiderata të përgjithshme për Ligjin për Shërbimin Spitalor.....	62
Karakteristikat kryesore të Ligjit Nr. 9106, datë 17.07.2003 “Për shërbimin spitalor në Republikën e Shqipërisë”, (Ndryshuar me Ligjin 62/2013).....	62
Karakteristikat kryesore të Ligjit Nr. 55/2022, datë 07.07.2022 “Për shërbimin spitalor në Republikën e Shqipërisë”.....	64
“Konceptet e reja” të Ligjit të ri Nr. 55/2022 për shërbimin spitalor në Republikën e Shqipërisë.....	71
Ngjashmëritë dhe ndryshimet – Qasje krahasimore e dy ligjeve.....	73
Përfundime.....	74
Rekomandime.....	75
Plotësimi i mundshëm me akte nënligjore të duhura për mirëfunksionim të Ligjit Nr. 55/2022 për shërbimin spitalor në Republikën e Shqipërisë.....	75

Aneks 1

Opinione nga ofruesit e profesionistë të sistemit shëndetësor.....	77
--	----

Autorë:

Prof. Rustem Celami

Prof. Gazment Koduzi

Prof. Eduard Hashorva

Ky publikim u realizua me mbështetjen financiare të Bashkimit Evropian. Përmbajtja e tij është përgjegjësi e vetme e projektit “Ligje më të mira për shëndet më të mirë”, mbështetur nga Co-PLAN, Instituti për Zhvillimin e Habitatit si pjesë e projektit “Dialog për zhvillim politikash gjithëpërfshirëse në Shqipëri-ideAL” dhe nuk pasqyron domosdoshmërisht pikëpamjet e Bashkimit Evropian.

AKRONIME

RSH	Republika e Shqipërisë
MSHMS	Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale
QSUNT	Qendra Spitalore Universitare 'Nënë Tereza'
ASHR	Autoriteti Rajonal Shëndetësor i Tiranës
FSDKSH	Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor
OKSH	Organizatat e kujdesit shëndetësor jo-fitimprurëse
OJF	Organizatat jo-fitimprurëse
BD	Bordit të Drejtorëve

PARATHËNIE PËR RAPORTIN

Në dekadat e fundit, shumë vende kanë kryer reforma të ndryshme në sistemet shëndetësore, përfshirë vendet e Europës Lindore, si në sistemin parësor ashtu edhe në atë spitalor.

Në Shqipëri, “Ligji i shërbimit spitalor në vitin 2003” ishte një ligj që kishte si qëllim riformatimin e këtij shërbimi në një dimension të ri në aspektin e organizimit, financimit, funksionimit dhe kontrollin e veprimtarisë në fushën e shërbimit spitalor në vend, një ligj që shërbeu për dy dekada, por që nuk mundi të implementohet në mënyrë optimale dhe t'i qëndrojë kohës në respekt të ndryshimeve komplekse, si: zhvillimeve në teknologjinë e informacionit, ndryshimeve demografike të popullatës dhe të personelit mjekësor, financimeve jo adekuate, mungesën e investimeve infrastrukturore të qëndrueshme dhe bashkëkohore, mosfunksionimi si duhet i sistemit të referimit, demotivimi i personelit mjekësor, dhe së fundmi influencat politike dhe polarizimi politik me ndikim direkt në shëndetësi, si një nga sektorët më të rëndësishme të një vendi.

Në verën e vitin 2022 prezantohet ligji i ri i shërbimit spitalor në Shqipëri, në mënyrë të përshpejtuar dhe pa u diskutuar me të gjithë grupet e interesit që preken direkt dhe indirekt (referuar edhe nga burime të Komisionit Parlamentar të Punës, Çështjeve Sociale dhe Shëndetësisë), pa u konsultuar me komunitetin/shoqërinë civile, apo më e rëndësishmja me specialistët e pavarur në fushën e politikave shëndetësore, dhe duke mos u konsultuar as me organizata/entitete apo profesionistë me eksperiencë në autonominë spitalore nga vende ku është implementuar më herët në kohë, në mënyrë që të nxirreshin problematikat dhe të përmirësoheshin në kohë mekanizmat për të pasur zbatim sa më të suksesshëm.

Reformat në shëndetësi janë sfida në çdo vend të botës, por në vende si Shqipëria përbëjnë akoma më shumë sfida, për shumë arsye që u cituan më lart, dhe jo vetëm.

Autonomia spitalore, si metodë menaxhimi dhe financimi të shërbimit spitalor, aplikohet në disa vende të zhvilluara dhe vende më pak të zhvilluara.

Ky raport, i cili në thelb vlerëson nismën ligjore “Për Shërbimin spitalor në Republikën e Shqipërisë”, organizohet në dy kapituj:

- Kapitulli i parë është hulumtim në praktikat ekzistuese të sistemeve që funksionojnë sipas modelit autonom. Pjesë e hulumtimit do jenë edhe sistemet që kanë dështuar në implementimin e këtij modeli dhe efekte që ka prodhuar në ofrimin e shërbimit ndaj pacientëve.
- Kapitulli i dytë do të jetë një vlerësim i ligjit të propozuar dhe evidentimi i mangësive që mund të cenojnë sigurinë ligjore dhe stabilitetin ligjor, që janë parakushte themelore për çuarjen përpara të reformës spitalore dhe përmirësimin e kushteve për ofrimin e shërbimit shëndetësor për popullin shqiptar.

Legjislacioni i hartuar me nxitim, sikurse ishte ligji për shërbimin spitalor, mund të mos arrijë objektivin e tij ose mund ta arrijë atë me kosto komplekse të larta, gjithashtu është më i vështirë për t’u zbatuar, pavarësisht dëshirës së mirë.

METODOLOGJIA

Ky raport studimor u hartua dhe u zbatua bazuar në një përjasje metodologjike cilësore. Metodologjia e përdorur na jep mundësinë të kemi një kuptueshmëri më të qartë të gjendjes aktuale të sistemit shëndetësor lidhur me menaxhimin dhe financimin e sektorit, pritshmëritë/perceptimet /qëndrimet e profesionistëve që janë pjesë direkte dhe indirekte e shërbimit spitalor lidhur me ndryshimet ligjore dhe reformimin e sistemit.

Të udhëhequr nga ekspertë të fushës, janë mbledhur informacione përmes intervistave të thelluara dhe diskutimeve të hapura me profesionistë, si dhe janë mbledhur të dhëna dytësore nëpërmjet dokumenteve ekzistuese të publikuara.

Në fazën e mbledhjes së të dhënave u përdor një qasje gjithëpërfshirëse, ku u angazhuan disa grupe interesi që preken drejtpërdrejt në fazën e hartimit, miratimit dhe implementimit të ligjit. Kjo qasje bën të mundur që raporti të ketë argumente shteruese dhe që përmbledhin këndvështrimet dhe opinionet e të gjithë zinxhirit që ndikohet nga ky ligj. Zbardhja e takimeve u realizua në mënyrë rigoroze dhe u përfytuan të dhëna të pasura, duke pasur në këtë mënyrë një diversitet mendimesh dhe rekomandimesh.

KAPITULLI 1

RISHIKIM I INFORMACIONIT EKZISTUES

Përcaktimi i autonomisë së spitalit

Shërbimi spitalor është pjesë integrale e shërbimit shëndetësor në tërësi, dhe nuk mund të funksionojë në mënyrë eficient dhe të qëndrueshëm pa qenë funksional sistemi shëndetësor në tërësi. Sistemet shëndetësore janë pjesë e proceseve të reformave në vazhdimësi, në mënyrë që shërbimi të jetë i aksesueshëm, eficient, cilësor, kosto-efektiv dhe me qëndrueshmëri afatgjate.

Në Shqipëri, në vitin 1920, pas krijimit të qeverisë së re të dalë nga Kongresi i Lushnjës, u krijua struktura e Drejtorisë së Përgjithshme të Shëndetësisë – DPSH. Njëkohësisht daton edhe fillimi i krijimit të spitalit shtetëror në Tiranë (viti 1920).

Gjithsesi, DPSH ka funksionuar si e tillë deri në vitin 1944,¹ më tej filluan të ndërtoheshin spitale në çdo qytet, që të ofrohej shërbim mjekësor i integruar ndaj pacientëve, dhe në vitin 2007–2010 u hapën për herë të parë në vendin tonë spitalet private.

Modelet kryesore të sistemeve mjekësore janë:

Modeli Beveridge, i zhvilluar nga Sir William Beveridge në vitin 1948, themeluar në Mbretërinë e Bashkuar dhe e shpërndarë në shumë vende të Europës Veriore dhe në botë. Ky sistem është i centralizuar nëpërmjet shërbimit kombëtar mjekësor. Qeveria vepron si blerëse e vetme, duke eliminuar konkurrencën në treg dhe në përgjithësi duke mbajtur kosto të ulëta.

[1] <https://shendetesia.gov.al/historiku/>

Financimi i kujdesit shëndetësor nëpërmjet të ardhurave nga taksat lejon kujdesin shëndetësor të jetë falas në institucionin shëndetësor, pra pacienti nuk paguan nga xhepi sepse ka paguar nga kontributet nëpërmjet taksave.

Në këtë sistem, pjesa më e madhe e stafit mjekësor është e përbërë nga punonjës të shtetit (qeveria), sepse shteti (qeveria) është “pronari” i këtij sistemi apo shërbimi. Ky model është nën moton që shëndeti është një e drejtë humane, dhe mbulimi shëndetësor universal është i garantuar nga qeveria dhe çdo njeri nga qytetarët e atij vendi ka të njëjtin akses për shërbim mjekësor.

Ky sistem mjekësor synon të mbajë kostot e ulëta; përfitimet dhe standardizimi është në të gjithë vendin. Normalisht edhe ky sistem ka kritikën e veta, sidomos për listën e pritjes për të marrë shërbimin mjekësor si pasojë e mbishfrytëzimit të sistemit mjekësor ngaqë është i garantuar aksesin në shërbimin mjekësor.

Modeli Bismarck, që është i bazuar në modelin e siguracioneve sociale mjekësore dhe që sot është i aplikueshëm në vendet si Gjermania, Belgjika, Japonia dhe Zvicra, etj, është një sistem shëndetësor më i decentralizuar, i themeluar në fund të viteve 1800 nga Otto von Bismarck, ku punëdhënësit dhe punëmarrësit financojnë siguracionin e shëndetit, dhe ata që janë të punësuar kanë akses të “fondet për problemet shëndetësore” që krijohen në mënyrë të detyruar nga taksimi i rrogës.

Në vazhdim, planet e siguracioneve shëndetësore private mbulojnë çdo person të punësuar, pavarësisht gjendjes shëndetësore patologjike të personave. Ofruesit e kujdesit shëndetësor janë përgjithësisht institucione private (pra kanë autonomi menaxheriale), dhe nëpërmjet fondeve të sigurimeve shëndetësore sociale konsiderohen publike.

Në disa vende, si Franca, Korea e Jugut, ka vetëm një siguracion të vetëm shëndetësor social, ndërsa në vende të tjera si Gjermania, Republika Çeke ka disa kompani siguracionesh shëndetësore sociale konkurruese, ose modeli japonez që ka siguracione shëndetësore sociale të shumtë, jo konkurrues.

Pavarësisht nga numri i kompanive të siguracioneve shëndetësore, qeveritë rreptësisht kontrollojnë çmimet, ndërkohë që kompanitë e siguracioneve shëndetësore nuk janë kompani fitimprurëse. Duke e konsideruar shëndetin dhe kujdesin shëndetësor si një të mirë publike, këto masa u lejojnë qeverive që të ushtrojnë të njëjtin kontroll në çmimin për shërbimet shëndetësore që është në modelin Beveridge në Angli apo vende të tjera nordike europiane që kanë këtë sistem shëndetësor. Nevoja e aplikimit të sigurimeve shëndetësore prodhon benefite/përfitime dhe shkakton probleme. Këto masa sigurojnë që njerëzit e punësuar do të kenë kujdesin shëndetësor të nevojshëm për të vazhduar punën dhe për të siguruar fuqi punëtore produktive.

Për arsye që, si fillim nuk u themelua për të pasur mbulim universal të kujdesit shëndetësor, modeli Bismarck fokuson burimet te ata që kontribuojnë financiarisht, me një ridimensionim të të menduarit për shëndetin dhe si një privilegj për qytetarët e punësuar në të drejtën e të tërë qytetarëve për kujdes shëndetësor.

Por edhe ky model përballlet me disa shqetësime, si për shembull: Si do realizohet kujdesi shëndetësor për ata që e kanë të pamundur për të punuar dhe mund të mos kenë mundësi për të përballuar pagesën e kontributeve të sigurimeve shëndetësore sociale?

Shqetësime të tjera praktike imediate përfshijnë si do të pretendohet dhe veprohet me plakjen e popullatës, ku sa vjen dhe ka një diskordancë të numrit të qytetarëve pensionistë me numrin e qytetarëve të punësuar, dhe si të qëndrojnë kujdesi shëndetësor konkurruese në tërheqjen e kompanive ndërkombëtare që mund të preferojnë vende pa këtë masë të kërkuar ku kontributi i siguracionit shëndetësor social hiqet nga paga.

Modeli i siguracionit shëndetësor kombëtar, si një siguracion shëndetësor kombëtar me një blerës të vetëm, si në rastin e Kanadasë, Tajvanit, Koresë së Jugut apo siguracioneve Medicare në Amerikë. Modeli kombëtar i siguracionit shëndetësor inkorporon aspekte të dy modeleve si ai Bismarck dhe Beveridge. Si në modelin Beveridge, qeveria vepron si një pagues i vetëm i procedurave mjekësore, dhe si modeli Bismarck, ofruesit e kujdesit shëndetësor janë private. Për të qartësuar këtë koncept, termi ofrues shëndetësor “privat” dhe që pacienti nuk paguan nga xhepi ka të bëjë me autonominë e menaxhimit të institucioneve shëndetësore, që janë shërbime shëndetësore private jo-fitimprurëse.

Për shembull, në Kanada spitalet janë private jo-fitimprurëse, pra ofrimi i shërbimit shëndetësor ndaj popullatës nuk ka qëllim fitimin, sepse shëndeti është një e mirë publike, dhe rrjedhimisht ofruesit e këtyre shërbimeve mjekësore nuk janë subjekt i tatimit, pra kanë lehtësirat përkatëse fiskale.

Ofruesi i shërbimit mjekësor përdor financimet nga buxheti i qeverisë dhe nga burime të tjera të ligjshme, si donacione, punë kërkimore, projekte etj, të cilat në vendin tonë janë pothuajse inekzistente nga mungesa e vizionit të drejtuesve të institucioneve shëndetësore, atyre që kanë detyrë të bëjnë politika shëndetësore, por edhe nga letargjia dhe paaftësia e tyre në kompleks.

Siguracioni shëndetësor social universal nuk ka qëllim fitimin dhe nuk fiton, sikurse nuk refuzon kërkesat. Kjo ka qenë një tendencë në vitet e fundit për vende të ndryshme me modelin e sistemit shëndetësor Beveridge dhe inkorporimin e karakteristikave të modelit Bismarck dhe anasjelltas, duke bërë që disa vende si Gjermania apo Hungaria të kenë modele mikse.

Në disa vende, si Kanadaja, siguracionet private shëndetësore ofrojnë, ose më mirë plotësojnë, disa shërbime në mënyrë që pagesat fikse të kontraktuara direkt ose si pjesë e benefiteve/përfitimeve nëse punon për një kompani të caktuar, kjo kompani ofron edhe pjesë shërbimesh nga siguracione private, si për shërbimin e shëndetit oral – stomatologjinë, shërbimet për shëndetin e syve – okulistikën, rimbursime të plota ose të pjesshme të ilaçeve, por edhe për disa shërbime të tjera mjekësore.

Balanca ndërmjet praktikave të siguracioneve publike dhe private lejon spitalet të qëndrojnë të pavarur, ndërkohë që reduktojnë komplikimet e brendshme me politikat e siguracioneve.

Barrierat financiare të trajtimit janë në përgjithësi të ulëta dhe pacientët zakonisht kanë mundësi të zgjedhin ofruesin e kujdesit shëndetësor. Me fjalë të tjera, ashtu si modeli Beveridge, ky model sistemi mbulon pjesën më të madhe të procedurave dhe shërbimeve mjekësore, pavarësisht nivelit të të ardhurave të popullatës.

Modeli i pagesës nga xhepi, që njihet edhe si modeli sistemit shëndetësor i bazuar në treg/market. Këtë model e kanë aktualisht Shtetet e Bashkuara të Amerikës (për kujdesin mjekësor për popullatën e pasiguruar ose me siguracion të pjesshëm), Kina, Afrika, Amerika e Jugut.

Në Shtetet e Bashkuara të Amerikës shumë aspekte të kujdesit shëndetësor funksionojnë në bazë të nivelit të të ardhurave, gjithsesi edhe në këtë vend është bërë një lloj ndërhyrje nga administratat qeverisëse të mëparshme për të mundësuar ofrimin e sigurimeve shëndetësore edhe për një pjesë të popullatës që ka vështirësi për ta blerë një të tillë.

Sipas Organizatës Botërore të Shëndetësisë, autonomia spitalore i referohet reformës që decentralizon autoritetin e vendimmarrjes, sipas shkallëve të ndryshme, në nivel institucioni shëndetësor në respekt të vendimeve menaxheriale dhe financiare. Qeveritë janë aktorët kryesorë në sektorin e shëndetësisë në pothuajse të gjitha vendet – të zhvilluara, në zhvillim apo në cilën lloj sistemi qeverisës të jenë – megjithëse roli i saktë i qeverive ndryshon nga një vend në tjetrin (Govindaraj, et al., 1996). Qeveritë në vendet në zhvillim kanë qenë tradicionalisht ofruesit kryesorë të shërbimeve shëndetësore. Megjithatë, në vitet e fundit, burimet publike për ofrimin e kujdesit shëndetësor (si në të vërtetë për shumicën e sektorëve social) janë ulur në një numër vendesh në zhvillim (Murray, et al., 1994). Këto kufizime financiare i kanë detyruar këto qeveri të rivlerësojnë prioritetet e tyre në sektorin e shëndetësisë.

Financimi dhe ofrimi i kujdesit shëndetësor janë bërë kështu shqetësimet kryesore të qeverive në mbarë botën dhe kjo ka çuar në krijimin e përpjekjeve të mëdha për reformimin e sektorit shëndetësor. Që nga fillimi i viteve 1980, spitalet e sektorit publik në mbarë botën janë nën vëzhgimin intensiv në qarqet e politikave për shkak të kompleksitetit burokratik të këtyre institucioneve, barrës së rëndë që ato imponojnë në fondet publike dhe vështirësive të perceptuara në sigurimin e funksionimit të tyre efikas dhe efektiv nën sistemin e centralizuar.

Një opsion i politikave që ka gjetur favor të veçantë nga qeveritë është dhënia e një autonomie më të madhe këtyre spitaleve të sektorit publik në drejtimin e operacioneve të tyre.

Si rezultat, në shumë vende të zhvilluara (p.sh.: Danimarkë, Francë, Singapor) dhe në shumë vende në zhvillim, iniciativat "autonomi spitalore" janë propozuar si pjesë integrale e një sektori më të gjerë shëndetësor.

Megjithatë, pavarësisht zbatimit të autonomisë spitalore në një numër spitalesh të sektorit publik në mbarë botën, relativisht pak kërkime janë bërë për të vlerësuar përvojën e këtyre spitaleve, duke përfshirë meritat dhe kufizimet e përgjithshme të autonomisë spitalore si politikë publike.

Koncepti i autonomisë spitalore mund të zbatohet për spitalet shtetërore ose private. Në kontekstin e spitalit privat, autonomia e spitalit përkufizohet se 'deri ku drejtoria e spitalit mund të marrë vendimin e menaxhimit', për shembull përcaktimin e buxhetit.

Në spitalin shtetëror, shkalla e autonomisë mund të matet për shembull nga treguesit në lidhje me procesin e rekrutimit të personelit shëndetësor apo ofrimin e shërbimeve në të mirë të komunitetit, si shërbimin mjekësor rehabilitues dhe paliativ.

Nëse një spital shtetëror nuk e ka autoritetin për të pranuar në mënyrë direkte mjekë apo staf mjekësor dhe jo mjekësor, spitali nuk është autonom në menaxhimin e burimeve njerëzore. Duhet kuptuar se sa më i madh të jetë niveli i autonomisë së një spitali shtetëror, nuk do të thotë të çojë në privatizim.

Ekzistojnë pesë fusha në autonominë e spitalit, përkatësisht:

- (1) Menaxhimi strategjik, që përfshin zhvillimin e vizionit dhe misionit, vendosjen e objektivave të përgjithshme, menaxhimin e aseteve spitalore etj;
- (2) Administrimi, që përfshin menaxhimin e aktivitetit të përditshëm të spitalit;
- (3) Aspektet e blerjes, të cilat përfshijnë barnat, pajisjet spitalore dhe materialet e konsumit;
- (4) Menaxhimi financiar, i cili përfshin sigurimin e të ardhurave, planifikimin e buxhetit dhe shpërndarja e burimeve;
- (5) Aspektet e menaxhimit të burimeve njerëzore, të cilat përfshijnë autoritetin për të punësuar dhe pushuar nga puna njerëz, krijimi i pozicioneve të reja, përcaktimi i rregullave të punësimit, kontratat dhe pagat.

Tabela 1. Kuadri konceptual për autonominë e spitalit²

Menaxhimi dhe Niveli i Politikës së Autonomisë Funksione	Niveli i autonomisë		
	Centralizim i plotë me autonomi të ulët	Autonomi e pjesshme a b c	Decentralizim i plotë me autonomi të lartë
Menaxhimi strategjik	Të gjitha vendimet merren nga pronari (owner) *Në rastin e spitaleve publike në Shqipëri; nga Ministria e Shëndetësisë Kontroll direkt nga pronari, për shembull Qeveria, Ministria	Vendimet merren bashkërisht nga pronari dhe menaxherët e spitalit Drejtohet nga bordi menaxhues i emëruar nga pronari	Vendimet janë të marra totalisht nga menaxherët e spitalit Bordi menaxhues i formuar në mënyrë të pavarur, merr vendime të pavarura
Administrimi	Menaxhimi bëhet drejtpërdrejt nga pronari i cili vendos edhe për rregullat e menaxhimit të spitalit	Fuqia e kufizuar e decentralizuar për menaxhimin e spitalit; pronari ka influencë në menaxhimin e vendimeve	Menaxhim i pavarur që vepron nën drejtimin e bordit menaxhues, me fuqi vendimmarrëse të pavarura
Blerje	Blerjet bëhen në mënyrë të centralizuar, ku pronari vendos për sasinë e parave që do të shpenzohen	Blerjet bëhen në mënyrë të kontrolluar	Gjithë procesi i blerjeve është i kontrolluar nga bordi menaxhues i spitalit
Menaxhimi financiar	Totalisht i financuar nga pronari; pronari ka kontroll të financave	Pronari subvencionon dhe financon spitalin Ka ndikim nga pronari por përgjithësisht nën kontrollin e Bordit Drejtues	Autonomi e plotë financiare. Nuk ka subvencion nga pronari. Menaxhimi fondeve është në kontrollin e bordit drejtues. Menaxheri ka fuqi vendimmarrëse
Menaxhimi i burimeve	Stafi përzgjidhet nga pronari	Stafi përzgjidhet nga bordi drejtues dhe punon sipas rregullave të stafit drejtues, por gjithashtu ju bindet rregullave të vendosura nga pronari	Stafi përzgjidhet dhe punësohet dhe bordi drejtues; të gjitha rregullat dhe kushtet vendosen nga bordi; menaxherët kanë fuqi vendimmarrëse

[2] https://ejmcm.com/article_5730_3858d3387c8967019d1e3245a1303345.pdf

Institucionet spitalore dhe format e autonomisë së funksionimit të tyre

1-Llojet e institucioneve shëndetësore sipas pronësisë

Sistemi shëndetësor është i përbërë nga një gamë e gjerë formash të strukturave organizative dhe të pronësisë. Në kujdesin shëndetësor janë katër lloje kryesore të organizatave:

1. Organizata jo-fitimprurëse të orientuar drejt biznesit
2. Ndërmarrje të kujdesit shëndetësor në pronësi të investitorëve
 - Pronësi e investitorëve
 - Korporatat profesionale/shoqatat profesionale
 - Pronësi e vetme
 - Partneritet i limituar
 - Shoqëri me përgjegjësi të kufizuar
3. Organizata të kujdesit shëndetësor shtetërore
4. Organizata jo-fitimprurëse të pa orientuara drejt biznesit

Këto katër llojet kryesore të organizatave ndryshojnë sipas strukturës së pronësisë.

a) Organizata jo-fitimprurëse të orientuar drejt biznesit

Organizatat e kujdesit shëndetësor (OKSH) jo-fitimprurëse janë në pronësi të një komuniteti. Ndryshe nga organizatat fitimprurëse, qëllimi kryesor i organizatave jo-fitimprurëse nuk është maksimalizimi i fitimit, por t'i shërbejnë komunitetit në të cilin ato kryejnë aktivitetin përmes shërbimeve të kujdesit shëndetësor që ato ofrojnë. OKSH jo-fitimprurëse duhet të menaxhohen si një biznes me qëllim që të sigurojnë qëndrueshmërinë financiare afatgjate.

b) Organizatat jo-fitimprurëse (OJF) zakonisht përjashtohen nga taksa të caktuara, p.sh. në Amerikë përjashtohen nga taksat federale dhe ato të pronës. Në kthim të trajtimit preferencial me taksat, pritet nga OJF që të ofrojnë përfitim publik, i cili shpesh vjen në formën e ofrimit të kujdesit shëndetësor të pa paguar, vendosjes së çmimeve të ulëta, ose ofrimi i

shërbimeve, që nga këndvështrimi financiar mund mos të jenë të zbatueshëm për organizatat fitimprurëse. Përveç të ardhurave nga pacientët, në tejkalim të shpenzimeve, OJF-të mund të financohen nga kreditë e lira, nga taksat, grante, donacione dhe investime nga kompani të tjera jo-fitimprurëse.

Avantazhi kryesor i formave jo-fitimprurëse të institucioneve shëndetësore është ai i taksave. Gjithashtu kanë kosto më të ulët për kapitalin krahasuar me institucionet fitimprurëse. Disavantazhi kryesor i kësaj forme të organizimit shëndetësor është se OJF kanë akses të limituar ndaj kapitalit. OJF nuk mund të mbledhin kapital në tregun e tij.

Megjithëse organizatat fitimprurëse po rriten shumë në sektorin shëndetësor, shumica e organizatave në kujdesin shëndetësor janë jo-fitimprurëse. Kështu në Amerikë rreth 80% e tyre janë spitale jo-fitimprurëse.

2. Ndërmarrje të kujdesit shëndetësor në pronësi të investitorëve

Objektivi kryesor i shumicës së ndërmarrjeve të kujdesit shëndetësor në pronësi të investitorëve është të krijojë fitime që iu shpërndahen investitorëve pronarë të ndërmarrjes ose të ri-investohen në ndërmarrje me qëllim fitim afatgjatë të pronarëve. Menaxhimi i spitaleve fitimprurëse duhet të arrijë një balancë midis përgjegjësi të besimit ndaj pronarëve të kompanisë dhe misionit tjetër të tyre, të ofrimit të shërbimeve shëndetësore me cilësi të pranueshme ndaj komunitetit.

Organizatave në pronësi të investitorëve janë në zotërim të investitorëve të kapitalit bazuar në rrisht të cilët presin që menaxherët e organizatës të maksimalizojnë pasurinë e aksionerëve. Shumica e organizatave të mëdha fitimprurëse përdorin këtë lloj forme ligjore, formë që ka një avantazh të lehtë në termat financiarë.

Në lidhje me borxhin, firmat fitimprurëse mund të marrin borxhe përmes skemave të kapitalit me bazë rrezikun. Ato kanë detyrime të limituara, por fitimet e tyre taksohen si në nivel organizate ashtu edhe në nivelin e aksionerëve (taksim i dyfishtë). Forma të tjera të organizimit janë korporatat profesionale, që përbëhen nga profesionistë që duan të përdorin avantazhet e përfshirjes së shumë specialistëve.

Organizata në pronësi të vetme janë biznese të pa përfshira në korporata dhe në pronësi të një personi. Mjeku i një profesioni është shpeshherë pronar i vetëm i biznesit, p.sh. mjeku i familjes në Itali, Greqi, etj. Avantazhet kryesore janë: të lehta dhe pa shumë shpenzime për t'u ngritur, fitimet nuk ndahen, kontroll i plotë ndaj biznesit, nënshtrim i pakët ndaj rregullave qeveritare, e lehtë dhe pa shpenzime për t'u mbyllur si biznes. Dy disavantazhet kryesore janë detyrime pa limit dhe akses i limituar ndaj kapitalit.

Partneriteti janë biznese të pa përfshira në korporata, me dy ose më shumë pronarë. Grupe specialistësh të mjekësisë shpeshherë janë të formuar në këtë mënyrë. Gjenden disa forma të ndryshme të partneritetit, p.sh.: bashkime të mjekut të familjes me kardiolog, pediatër dhe specialistë të tjerë në një klinikë të vetme. Këto lloj bashkëpunimesh janë të lehta të formohen, janë subjekt i pak rregullave dhe nuk janë subjekt i tatimit të dyfishtë. Nga ana tjetër, këto lloje partneritetesh kanë detyrim të palimituar, janë të vështira për t'u shpërndarë dhe krijojnë premisa për konflikte midis partnerëve.

3. Institucionet shëndetësore qeveritare

Institucionet e kujdesit shëndetësor qeveritar janë organizata publike, zakonisht në pronësi të shtetit ose të pushtetit lokal. Ato kryejnë aktivitetin në të mirë të komunitetit që u shërbejnë.

Një lloj i kësaj pronësie është organizata me përfitim publik. Asetet e një organizate publike jo-fitimprurëse i përkasin publikut ose përfituesve të bamirësisë për të cilët është ngritur organizata. Institucionet shtetërore të kujdesit shëndetësor në Amerikë kanë një burim të ardhurash shtesë që zakonisht nuk e kanë organizatat e tjera shëndetësore. Ato shpesh kanë autoritetin të mbledhin fonde përmes mbledhjes së taksave. Si organizata jo-fitimprurëse, ato nuk janë gjendje të mbledhin fonde përmes investimeve të kapitalit. Institucionet e kujdesit shëndetësor shtetërore si jo-fitimprurëse janë të përjashtuar nga tatimi mbi të ardhurat dhe tatimi mbi pronën.

Këto institucione përballen me presion të madh politik nëse fitimet e tyre rriten shumë. Në vend që të ri-investojnë të ardhurat surplus në asete prodhuese, spitalit mund t'i kërkohet të kthejë disa nga fitimet në komunitet, të ulë çmimet ose të nisë programe që nuk janë financiarisht të këshillueshme. Në Shqipëri institucionet e kujdesit shëndetësor shtetërore janë në pronësi të Ministrisë së Shëndetësisë për aktivitetin, ndërsa pronat e paluajtshme (godinat, toka ku janë ndërtuar) janë në pronësi të Ministrisë së Ekonomisë.

4. Organizata jo-fitimprurëse të pa orientuara drejt biznesit

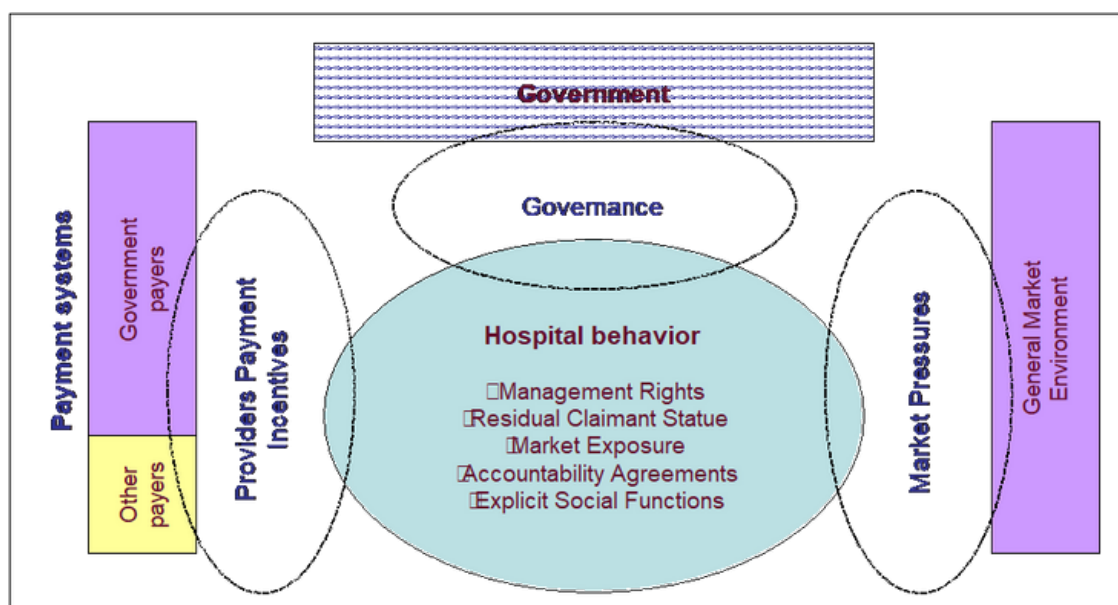
Këto lloj organizatash ofrojnë shërbime vullnetare në komunitetin e tyre, ku shpesh quhen organizata vullnetare të shëndetit dhe kujdesit social. Ato janë të përjashtuara nga taksat dhe bazohen për fondet e tyre kryesisht në dhurimet publike. Për shembull, organizata si Kryqi i Kuq Amerikan dhe Shoqata Amerikane e Kancerit. Megjithatë këto lloj organizatash ofrojnë shërbime të paçmueshme, deklaratat financiare dhe menaxhimi financiar i këtyre organizatave janë diçka më ndryshe nga organizatat e orientuara drejt biznesit.

Elementët që ndikojnë në menaxhimin spitalor

Shumë spitale publike dhe qendra shëndetësore funksionojnë si pjesë integrale e strukturave qeveritare, zakonisht si organizata buxhetore. Reformat e aplikuara në këto organizata ndryshon në madhësi, në varësi se ku është vendosur institucioni, në sektorin publik apo privat. Janë tri shtylla të faktorëve sistematikë që së bashku përcaktojnë regjimin “motivues” dhe kështu sjelljen e ofruesve shëndetësorë publikë që i nënshtrohen këtyre reformave. Këto përfshijnë:

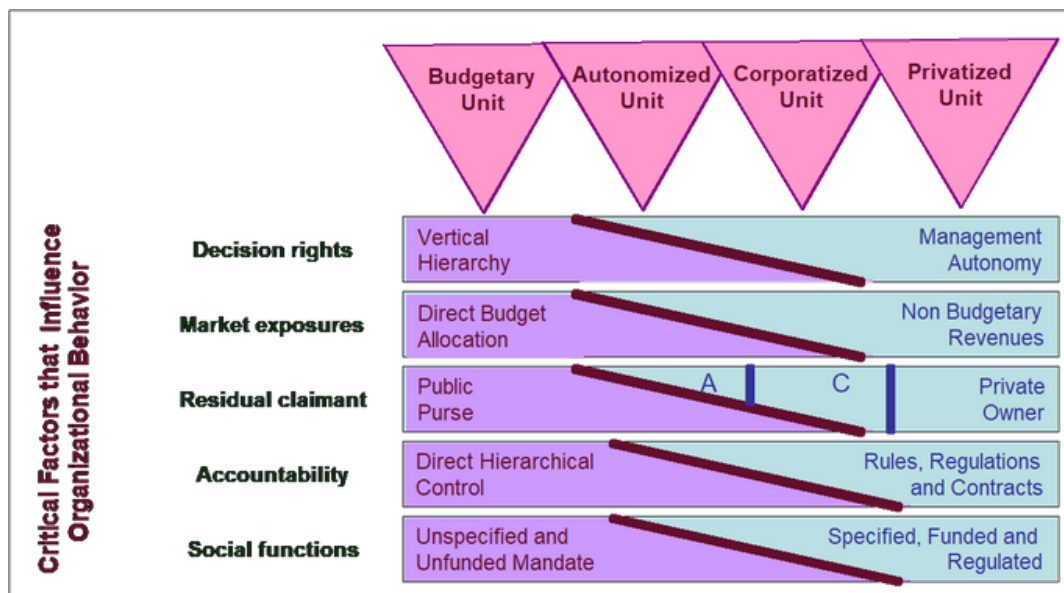
- Modifikim të marrëdhënieve midis ofruesve të kujdesit shëndetësor dhe qeverisjes (governance);
- Ambianti i tregut ndaj të cilit këto organizata ekspozohen;
- Motivimet e ngulitura në mekanizimin e financimit ose të pagesës (sistemi i pagesës së ofruesve), diagram 1.

Diagram 1. Ndikimet në spitale



Burimi: Federata Europiane e Spitaleve dhe të Kujdesit Shëndetësor

Diagram 2. Elementët e kombinuar të rregullimit të qeverisjes për të arritur eficiencën



Burimi: Federata Europiane e Spitaleve dhe të Kujdesit Shëndetësor

Këta tre faktorë ushtrojnë një ndikim të fuqishëm në sjelljen e spitaleve dhe krijojnë elementët kritikë të regjimit të motivimit që përballojnë spitalet: dhënia e të drejtave të vendimmarrjes, shpërndarja e të ardhurave të mbetura, shkalla e ekspozimit ndaj tregut (p.sh. a mund të konkurrojnë ata me spitalet e tjerë për pacientë dhe shërbime), struktura e mekanizmit të dhënies së llogarisë dhe dispozita për funksionet sociale. Format e organizimit ndryshojnë kryesisht në sasinë e autonomisë së dhënë ndaj menaxherëve, mekanizmat e përdorur për të gjeneruar stimuj të rinj dhe llogaridhënia. Çdo reformë mund të karakterizohet nga masa e kontrollit e përcjellë nga agjencia supervizuese e spitalit (diagram 2). Të drejtat vendimmarrëse kritike të transferuara te menaxherët mund të mund të përfshijnë kontrollin ndaj inputeve, shërbimeve, qëllimit të aktiviteteve, menaxhimit financiar, menaxhimit klinik dhe jo-klinik,

menaxhimin strategjik (formulimi i objektivave institucionale), strategjia e tregut dhe shitjet. Një dimension i rëndësishëm i reformave është shkalla në të cilën portofoli publik nuk merr mbrapsht nga spitalet buxhetin e mbetur papërdorur në fund të vitit (residual claimant). Përafrimi nga vijtë të ardhurat me të drejtën e vendimmarrjes është e rëndësishme të arrijë që personat në vendin e duhur të marrin vendimet e duhura.

Një stimul shumë i fuqishëm është shkalla në të cilën të ardhurat janë fituar në treg, më mirë se përmes alokimit direkt nga buxheti. Reformat karakterizohen gjithashtu nga shkalla ndaj të cilës përgjegjësia për arritjen e objektivave bazohet në supervizimin sipas hierarkisë të organizatës kundrejt rregullave ose kontraktimit. Nëse të drejtat e vendimmarrjes i delegohen institucionit (spitalit), aftësia e qeverisë të kërkojë llogari direkt (përmes hierarkisë) pakësohet. Pjesërisht, përgjegjësia ka si qëllim të vijë nga presioni i tregut, përderisa tregu shikohet si vlerësues jo-politik, jo-arbitrar i performancës së institucionit, të paktën të performancës ekonomike. Nëse qeveria është blerësi i shërbimit (financuesi), përgjegjësia do të ushtrohet përmes procesit të kontraktimit dhe monitorimit.

Në sektorin shëndetësor, tregjet shpesh nuk mund të ofrojnë shërbime bazuar në objektivat e politikës shëndetësore, për shkak të dy faktorëve: dështimit të tregut dhe vlerave sociale. Kështu, rregullat dhe kuadri rregullator për sa i përket funksionimit të institucioneve shëndetësore përbëjnë një formë alternative të mekanizmit të përgjegjshmërisë. Forcimi i këtyre mekanizmave përbëjnë elementin e katërt kritik të reformës organizative që redukton përdorimin e mekanizmit tradicional hierarkik të llogaridhënies. Faktori i fundit kritik që karakterizon reformat organizative është shkalla ndaj të cilës “funksionet sociale” të dhëna nga spitalet ndërrojnë nga të qenit i nënkuptuar dhe pa-financuar, në specifikuar dhe direkt të financuar.

Në diagramën 2, shkalla potenciale e fleksibilitetit për dy llojet e mesit të organizatave që tregohen nga vija “A” për ku njësia Autonome mund të vendoset në skemë, dhe nga “C” për njësitë pjesë e Korporatave. Çdo rast do të jetë i ndryshëm. Ideja e grafikut është që njësitë e Buxhetuara dhe të Privatizuara janë në skajet e shkallës, ndërsa njësitë Autonome dhe të Korporatave i lejojnë vetes fleksibilitet më të madh me çfarë i lejohet nga rregullat organizative. Regjimi i stimulit që një spital i nënshtrohet mund të ndahet në presionin që vjen nga ambienti i jashtëm dhe presioni që lind nga struktura organizative e spitalit.

Autoriteti manaxherial (p.sh. Komisioni i Buxhetit, udhëzimet financiare, politikat dhe politikat e Burimeve Njerëzore, etj.) lejon spitalin që të përgjigjet ndaj presionit të regjimit të stimuljve. Ndryshimet në strukturën organizative të spitalit, përmes më shumë autonomie dhe përqasje korporate, janë aplikuar shumë gjatë dekadës së fundit në shumë vende dhe ka pasur një rritje të interesit për të kuptuar më mirë se si ndikon struktura organizative e spitalit në një performancë më të mirë. Dhënia e stimuljve material ndaj menaxherëve dhe stafit për të ekonomizuar është një shtesë strukturore për të deleguar kontrollin e vendimmarrjes te ata.

Një profesor amerikan i Politikave Publike në Kaliforni, James Q. Wilson pyet, “Pse të shtrëngohesh dhe kursesh nëse nuk mund t’i mbash rezultatet e kursimit tënd?” Prandaj, një element kritik i veçantë i çdo reforme është shkalla ndaj të cilës kuleta publike pushon së qeni “blerësi i vetëm” në të ardhurat dhe spitali në vetvete fiton më shumë liri veprimi të ruajnë fonde dhe alokojnë ata lirshëm. Ky është mësimi kryesor për qeveritë. Statusi “mbajtës i tepricës” (residual claimant) i referohet aftësisë së një organizate për të mbajtur kursimet që gjeneron dhe pranon përgjegjësinë për humbjet financiare.

Ministritë e Shëndetësisë tradicionale gjatë periudhës socialiste në Europën Lindore nuk ishin “mbajtës i tepricës” i vërtetët, përderisa burimet e papërdorura duhej t’i ktheheshin Ministrisë së Financave dhe deficitet shuheshin në fillim të vitit tjetër financiar.

Ky model qëndron akoma në Shqipëri dhe ky është momenti i përshtatshëm që qeveria të ndryshojë këtë përqasje. Struktura organizative përbëhet nga 5 elementë kyç: dhënia e të drejtës së vendimmarrjes (autonomi), ekspozimi ndaj tregut, statusi i “blerësit të vetëm”, struktura të llogaridhënies dhe funksionet sociale.

Pjesa e dytë e reformës spitalore është të kuptohet presioni ndaj spitalit nga ambienti i jashtëm. Ky presion vjen nga marrëdhënia e spitalit me aktorë të tjerë në sistemin shëndetësor. Presioni i jashtëm vjen nga katër burime kryesore: mbikëqyrja qeveritare, blerja e organizuar, presioni i tregut dhe pronësia:

1. Mbikëqyrja qeveritare – Detyrat bazë të mbikëqyrjes qeveritare në sektorin shëndetësor është e trefishtë: formulimi i politikës shëndetësore duke përcaktuar vizionin dhe drejtimin e sektorit, rregullimi i aktorëve në sistemin shëndetësor dhe mbledhja e përdorimi i informacionit.

2. Blerja e organizuar – Marrëdhënia e spitalit me blerjen kolektive përcakton stimujt financiarë të ngulitura në mekanizmin e pagesës dhe shtrirja e presionit të konkurimit ndaj spitaleve nga blerja kolektive e organizuar.

3. Presioni i tregut – Lidhja e spitalit me konsumatorët (blerje nxitur nga tregu) përcakton sa ndikohet spitali nga presioni i konkurrencës nga individët konsumatorë të paorganizuar që ushtrohet përmes zgjedhjes dhe çmimeve.

4. Pronësia (qeverisja) – Qeverisja është zakonisht e përcaktuar si marrëdhënia midis pronarit dhe ekipit menaxhues të një organizate. Qeverisja e mirë ekziston kur menaxherët ndjekin ngushtësisht objektivat e pronarëve sesa të tyre. Qeverisja në spitalet publike është shpesh problematike sepse pronarët janë fizikisht larg nga menaxhmenti dhe nuk mund të vëzhgojnë drejtpërdrejt aktivitetin e tyre dhe t'i kërkojnë llogari. Këto katër funksione jo domosdoshmërisht janë të ndarë nga njëri-tjetri (Jakab et al, 2002).

Vlerësimi i modeleve aktuale të autonomisë spitalore

Nuk ka ndonjë model magjik “një masë për të gjithë” për organizimin e sistemit të kujdesit shëndetësor. Ky rregull është i vlefshëm edhe për sektorë të ndryshëm brenda sistemit shëndetësor, si: sigurimet shëndetësore, kujdesi shëndetësor parësor ose kujdesi spitalor.

Sistemi shëndetësor i një vendi është produkt i një periudhe të gjatë evolimi shoqëror. Disa vendime politike janë marrë në “pikën zero” dhe formëzojnë strukturën makro të sistemit, për shembull formimi i skemës së sigurimit të detyrueshëm shëndetësor në vitin 1994, që nuk ka ekzistuar më parë në vendin tonë.

Nga ana tjetër, sistemet shëndetësore janë në një gjendje që quhet “reformë e përhershme”, që nënkupton ndryshime të vazhdueshme. Në disa raste ndryshimet ngjajnë më shumë me përmirësime, por në raste të tjera ato përfaqësojnë ndryshime madhore në mënyrën si është i organizuar dhe financuar sistemi. Kjo e dyta është rasti i Shqipërisë, që i duhej të ndryshonte rrënjësisht sistemin e saj shëndetësor nga modeli socialist sovjetik (Semashko) drejt një modeli të ekonomisë së tregut (Bismarkian).

Megjithatë, ka vende të tjera si Shqipëria që i kanë nisur reformat nga i njëjti model, si janë vendet ish-socialiste, për të zhvilluar modele të njëjta ose të ndryshme. Nga ana tjetër, eksperiencia ndërkombëtare është shumë ndihmuese kur kërkon për mjete apo mekanizma për të zbatuar autonominë në spitale ose në shërbimin shëndetësor parësor. Kështu, ne nuk duhet të “rishpikim rrotën” për të reformuar sistemin shëndetësor si të tërë ose për autonominë spitalore në fjalë. Zgjidhja e problemit do të ishte identifikimi dhe shtjellimi i mjeteve dhe mekanizmave nga modele të njohura ndërkombëtarisht dhe t'i zbatojmë ato në kushtet e sistemit shëndetësor shqiptar, duke marrë në konsideratë situatën, zhvillimet e të shkuarës, si dhe vizionin strategjik të Qeverisë së Shqipërisë në lidhje me sektorin spitalor.

Modele të autonomisë spitalore në rajon dhe botë



Mbretëria e Bashkuar

Shërbimi Shëndetësor Kombëtar (NSH) Anglez ka kohë që implementon dhënien e një pavarësie më të madhe ofruesve të kujdesit shëndetësor, si dhe dhënien e një lirie më të madhe veprimi nga kontrollimi i qeverisë qendrore nëpërmjet mekanizmave të ndryshme, duke vazhduar me një nga elementet e reformës që ishte të prezantohej themelimi i një statusi Fondacion Trusti.

Kjo i jep spitaleve të NHS mundësinë për të qenë të pavarur për kooperata jo-fitimprurëse me përfitime publike, ndërkohë që mbeten në sektorin publik dhe iu jepen autonomi financiare, menaxheriale dhe organizative. Ndryshime të ngjashme kanë ndodhur edhe në shtetet e tjera europiane, ku në dekadat e fundit janë krijuar organizime spitalore autonome, si për shembull në vendet Nordike, por edhe në Gjermani, Itali, Francë, Spanjë, Zvicër, Portugali, Estoni etj, (Magnussen J 2009), (France G 2005), (Saltman R 2007).

Mbretëria e Bashkuar ka shpërndarë përgjegjësitë e kujdesit shëndetësor te shtetet që e përbëjnë: Angli, Irlanda e Veriut, Skocia dhe Uellsi. Të gjitha këto vende e financojnë kujdesin shëndetësor kryesisht përmes taksimit të përgjithshëm (Sistemit Beverixh), japin shërbimet përmes ofruesve publikë dhe kanë deleguar përgjegjësitë e blerjes së shërbimit te institucionet lokale (Trusti i Kujdesit Parësor në Angli, Bordet e Shëndetit në Skoci, Bordet Lokale të Shëndetit në Uells, dhe Partneriteti Kujdesit Parësor në Irlandën e Veriut). Rregullimet kryesore aktuale për organizimin e shërbimeve shëndetësore në Mbretërinë e Bashkuar morën formën e sotme bazuar në Aktin e Shërbimit Shëndetësor Kombëtar dhe Kujdesit Komunitar të vitit 1990. Ky akt mundësoi Ministrinë e Shëndetësisë të krijojë institucionet e njohura si Trustet e Shërbimit Shëndetësor Kombëtar (Trustet ShShK).

Trustet e ShShK do të merrnin përgjegjësi për pronësinë dhe menaxhimin e spitaleve ose institucioneve të tjera që më përpara ishin menaxhuar nga Autoritetet Shëndetësore Rajonale, të Rrethit ose Speciale. Atyre iu dha fuqia të ofrojnë dhe menaxhojnë spitale ose institucione të tjera.

Çdo Trust ShShK është një korporatë që ka një Bord Drejtorësh dhe ka në përbërje një Kryetar të emëruar nga Sekretari i Shtetit; ka drejtor ekzekutiv dhe jo-ekzekutiv (që janë drejtorë të cilët nuk janë të punësuar të Trustit); ka funksionin të drejtojnë dhe organizojë shërbimet shëndetësore të dhëna nga kuadri ligjor. Emërimet bëhen publike dhe ka garë të hapur për ato vende. Një komision i pavarur interviston dhe bën rekomandimet përkatëse ndaj Ministrit, i cili më tej do të bëjë emërimet. Drejtorët ekzekutivë emërohen nga anëtarët jo-ekzekutivë dhe Kryetari.

Trustet e ShShK janë më të aftë sipas legjislacionit të kryejnë funksionet e tyre përmes komiteteve dhe nën-komiteteve të trustit. Financimi bazuar në taksimin e përgjithshëm siguron mbulim universal në Mretërinë e Bashkuar. Pagesat nga xhepi për pacientët janë relativisht të ulëta sepse sistemi është kryesisht pa pagesë kur e përdor. Problemet që diskutohen së fundmi në sistemin shëndetësor në Mbretërinë e Bashkuar fokusohen në eficiencën, përgjegjshmërisë dhe barazisë së sistemit. *Plani i dhënies së shërbimit nga plani i ShShK ka si qëllim që t'u japë pacientëve më shumë zgjedhje ndaj spitaleve, meqenëse zgjedhjet e tyre për trajtim ngelen të limituara dhe koha e pritjes për ndërhyrjet kirurgjikale apo trajtime të ndryshme, përfshirë shërbimin në urgjencën spitalore, është e gjatë.* Për të arritur këto objektiva, janë arritur marrëveshje me sektorin privat (që është i limituar) për të dhënë trajtime që janë të nevojshme ose pacientët të dërgohen në vende të tjera.



Gjermania

Kujdesi shëndetësor në vend tradicionalisht ka qenë i organizuar bazuar në decentralizimin, karakterizuar nga shpërndarja e funksioneve të shtetit të federatat, parimi i prevalimit të ofruesve privatë mbi ato publikë, dhe delegim të fortë të kompetencave të vetëqeverisjes ndaj aktorëve të kujdesit shëndetësor. Kujdesi ambulator ofrohet ekskluzivisht nga ofrues privatë fitimprurës dhe të rregulluar shumë mirë, kujdesi spitalor ofrohet nga një miks ofruesish publik dhe privatë, që kanë ardhur në rritje.

Prej shumë vitesh ka një trend drejt përqendrimit dhe drejt pronësisë private të shumë spitaleve dhe menaxhimit të tyre nga grupe të mëdha spitalore. Spitalet në pronësi publike zotërohen nga nivele të ndryshme të strukturës qeverisëse: spitale bashkiake, spitale rrethi (Kreiskrankenhaus), spitale të menaxhuara nga Landi (Shteti), veçanërisht spitale universitare, dhe madje disa në nivel Federal, si spital ushtarak.

Në varësi të pronësisë, spitale të qeverisen nga Këshilli Administrativ (Verwaltungsrat) për ato publike ose një Bord (Aufsichtsrat) për spitale jo-fitimprurëse. Spitalet private ose kanë një Bord (p.sh. shoqëritë aksionere) janë shoqëri me përgjegjësi të kufizuara.



Republika Çeke

Tri tiparet kryesore të sistemit shëndetësor çek janë: 1- sigurimi shëndetësor i detyrueshëm, që financohet nga kontributet e individëve, të punësuarve dhe shtetit; 2- diversiteti i ofrimit të kujdesit shëndetësor, kryesisht ofrues privatë të kujdesit ambulator dhe spitale publike të cilët kanë kontrata me fondin e sigurimeve; 3- bisedime të përbashkëta nga aktorë të ndryshëm për çështje të mbulimit dhe të rimbursimit. Në këtë rast, qeveria mbikëqyr bisedimet dhe duhet të aprovojë arritjet e bisedimeve. Ministria e Shëndetësisë është përgjegjëse për përgatitjen e legjislacionit të kujdesit shëndetësor, për kërkimin shëndetësor dhe

mjekësor, për licensimin e barnave dhe teknologjisë mjekësore dhe për menaxhimin e spitaleve rajonale dhe universitare. Ministria organizon negociatat për kontratat dhe ka të drejtën të veprojë nëse nuk mund të arrihet ndonjë marrëveshje.

Çdo person që është rezident i përhershëm në Çeki ka të drejtën të kryejë sigurim shëndetësor. Meqenëse Çekia është anëtare e BE, personat e siguruar nga fondi i sigurimeve shëndetësore çeke kanë të drejtën të marrin shërbime shëndetësore në vendet e tjera europiane dhe e kundërta, sipas Ligjit Europian.

Administrimi shtetëror në nivel rrethi u shfuqizua në vitin 2002 dhe pronësia e institucioneve shëndetësore u transferua nga qeveria qendrore te qeverisja rajonale. Qeveritë rajonale janë pronarët dhe menaxherët e spitaleve publike. Qeveritë rajonale lejohen, sipas Aktit mbi Rajonet (No. 129/2000 Coll.), të përdorin asetet e tyre ashtu si e gjykojnë të nevojshme. Metoda e preferuar për decentralizimin e ofrimit të kujdesit shëndetësor ka qenë përmes privatizimit. Shumica e ofruesve të kujdesit shëndetësor parësor tashmë janë privatë, së bashku me faramcitë dhe kompanitë farmaceutike.

Një numër poliklinikash dhe spitalesh të vegjël janë privatizuar, ndërsa shumica e spitaleve, veçanërisht të mëdhenj, janë në pronësinë e shtetit. Janë tri lloje spitalesh, të cilët janë në pronësi mikse publik–privat: spitale rajonale dhe universitare, spitale rrethi dhe spitale lokale. Që prej mesit të vitit 1997, spitalet rimbursohen sipas një buxheti historik, bazuar në periudhën e njëjtë të vitit të kaluar, duke marrë parasysh inflacionin. Që prej vitit 2001, përveç buxhetit, spitalit i paguhet një shumë e caktuar shtesë (flat fee) bazuar në numrin e rasteve të trajtuara në çdo spital. Problemet e hasura gjatë kryerjes së reformave – si fakti që pagesa për shërbim (fee-for-service) inkurajon mbipërdorimin e shërbimeve nga ana e mjekëve me qëllim rritjen e të ardhurave të tyre, dhe këto stimuj financiarë të diskutueshëm si dhe kuadri rregullator i papërshtatshëm, të cilat çuan në vështirësi dhe falimentim të shumë fondeve të sigurimit shëndetësor – nxorren në pah sfidat që ka sistemi shëndetësor.

Disa nga këto probleme janë deleguar, duke ndryshuar sistemin e rimbursimit, ulje të numrit të shtretërve në disa spitale dhe ritrajnimit të specialistëve. Gjithsesi, deri tani Ministria e Financave dhe politikanët lokalë kanë provuar të zgjidhin këtë problem duke ulur shpenzimet dhe jo duke rritur efikasitetin në menaxhim. Gjithashtu, roli i mjekëve të familjes si “rojtare të sistemit” (gatekeeping) për të parandaluar mbipërdorimin e shërbimit të specializuar, pagesa e spitaleve bazuar në DRG (DRG diagnosis related group – është grupimi i diagnozave të përafërta që kategorizon kujdesin e pacientëve për të mirë kontrolluar kostot spitalore dhe rimbursimin e pagesave). Gjithsesi, problemet zgjidhen me ndërhyrje sistemike, duke bërë influencim ekonomik ndaj menaxhmentit spitalor me qëllim të rrisin produktivitetin dhe sigurojnë shëndetin financiar.

Estonia

Ofruesit e kujdesit shëndetësorë janë autonomë. Shërbimet mund të ofrohen nga individë dhe nga institucione që operojnë si subjekte ligjore private (shoqëri me përgjegjësi të kufizuar, fondacione ose sipërmarrës privatë). Shumica e spitaleve ose janë shoqëri me përgjegjësi të kufizuar në pronësi të qeverisjes lokale (bashkisë), ose fondacione të ngritura nga shteti, bashkitë ose subjekte të tjera publike.

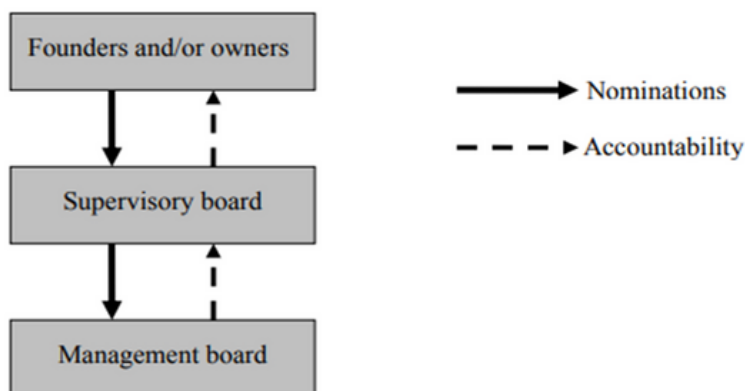
Në këtë mënyrë, ato ose janë në pronësi dhe menaxhohen nga institucione publike, ose janë fitimprurëse (shoqëri me përgjegjësi të kufizuar) ose jo-fitimprurëse (fondacion). Shumica e ofruesve të shërbimeve ambulatorë janë në pronësi private. Organizimi i qeverisjes spitalore është i mirë përcaktuar dhe transparent në Estoni. Të dy llojet e subjekteve ligjore (p.sh. kompani aksionere ose fondacione) duhet të kenë bordin mbikëqyrës si një organizëm qeverisës dhe bordin e menaxhimit për menaxhimin operacional.

Nuk ka kërkesa specifike ligjore apo profesionale në lidhje me caktimin e anëtarëve të bordit mbikëqyrës. Bordi mbikëqyrës i spitaleve bashkiake përbëhet kryesisht nga politikanë lokalë (anëtarë të këshillit bashkiak), disa prej të cilëve mund të kenë eksperiencë mjekësore.

Në spitalet shtetërore, gjatë periudhës 2001–2003, bordi përbëhej kryesisht nga politikanë që përfaqësonin koalicionet parlamentare dhe partitë opozitare, si edhe disa punonjës civilë që përfaqësonin Ministrinë e Çështjeve Sociale. Më vonë, anëtarët politikë të Bordit mbikëqyrës kanë qenë nga partitë e koalicionit qeverisës. Përcaktimi i anëtarëve vetëm nga koalicioni qeverisës ka shkaktuar ndryshime në bordet mbikëqyrëse aq shpesh sa ndryshon edhe qeveria, duke ndikuar kështu në vazhdimësinë e punës së Bordit.

Kështu, politizimi i bordit të spitalit ka qenë shqetësim nga dy aspekte: vendimi mbi natyrën e interesit publik dhe vendimi për rekrutimin e vendeve për bordin e menaxhimit. Në Estoni, gjithë mjekët e familjes janë privatë ose të punësuar me rrogë të kompanive private të fokusuara në ofrimin vetëm të shërbimeve parësore. Në reformat e kujdesit parësor dhe spitalor të marra së fundmi, qëllimi është në rritjen e efikasitetit dhe llogaridhënies në dhënien e shërbimeve, duke qartësuar statusin ligjor të ofruesve, duke i detyruar ofruesit të ndajnë rrishtin financiar, si dhe sigurojnë cilësi shërbimi.

Diagram 3. Struktura qeverisëse spitalore në Estoni



Ofruesit e kujdesit shëndetësor tani kanë statusin ligjor si subjekte private që kryejnë aktivitet nën ligjin e privatëve, çfarë nënkupton që përgjegjësi direkte për performancën e ofruesve është deleguar nga Ministria e Çështjeve Sociale dhe bashkitë të bordit mbikëqyrës i spitalit.

Tabela 2. Përmbledhje e tipareve të autonomisë spitalore

Spektori Spitalor	Tiparet kryesore
Gjermania	Një miksturë organizatash private, publike dhe jo-fitimprurëse. Në varësi të pronësisë ato qeverisen përmes Këshillit Administrativ ose një Bordi dhe financohen nga sigurimi shëndetësor i detyrueshëm
Anglia	Truste ShShK autonome me disa konfigurime të dhënies së shërbimit dhe të krijuara nga korniza ligjore. Të financuara nga qeveria qendrore ose lokale përmes një procesi kontraktimi nga komisionerët e shërbimit lokal dhe fonde të mbledhura nga taksimi i përgjithshëm
Republika Çeke	Tre lloje spitalesh, të cilat janë në pronësi mikse publik-privat: spitalet rajonale dhe universitare, spitalet e rrethit, dhe spitalet lokale, të rimbursuara sipas një buxheti historik, duke marrë në konsideratë inflacionin. Shumica e burimeve financiare vijnë nga sigurimi i detyrueshëm shëndetësor
Estonia	Ofruesit e kujdesit shëndetësor janë autonomë dhe shërbimet mund të jepen vetëm nga individë dhe institucionet spitalore që operojnë si subjekte private, ku shumica e spitaleve operojnë janë ose shoqëri me përgjegjësi të kufizuar në pronësi të qeverive lokale, ose fondacione të ngritura nga shteti, dhe pagesa e spitaleve bazohet në kontrata mbi koston dhe volumn me Fondin e Sigurimeve Shëndetësore

Tabela 3. Modelet e spitaleve sipas pronësisë në sistemet shëndetësore europian

Grupi I	Grupi II	Grupi III	Grupi IV
Kryesisht Privat	Balancim Miks Publik/Privat	Miks Publik ⁹Privat Më shumë publik	Kryesisht publik
> 60 % e spitaleve janë private	40 – 60 % e spitaleve janë private	20 – 40 % e spitaleve janë private	< 20 % e spitaleve janë private
Norvegjia, Hollanda Belgjika, Gjermania Zvicra	Austria, Franca Luksenburg Portugalia, Spanja	Çekia, Estonia Finlanda, Hungaria Latvia, Polonia	Danimarka Irlanda, Islanda Litunia, Sllovenia Suedia, Anglia

Burimi frontiers, D. Montagu, 2021

Tabela 4. Tregues që karakterizojnë sektorët spitalorë në vitin 2017, për çdo shtet

Vendi	FINANCIMI		INFRASTRUKTURA		SHFRYTËZIMI		
Shteti/ Indikatorët	Pjesa (%) e ShTASHs ^a	Pjesa (%) e financimit publik në ShTASHs ^a	Shtretër në spitale/1000 banorë	Pjesa (%) publike e pronësisë shtretërve spitalorë	Shtretër spitalor të shfrytëzuar (%)	Ditë qëndrimi mesatar spitalor i pacientëve	Daljet nga spitali për 1000 banorë
Bullgari	33.5	87.5	6.2	76.7	n/a	5.3	323.4
Çeki	40.9	97.4	4.1	84.9	70.1	9.3	188.5
Estoni	46.0	94.6	3.4	92.4	70.4	7.7	156.4
Kroaci	46.2	90.2	3.5	98.2	76.2	8.5	155.3
Letoni	32.3	80.0	3.3	89.9	71.1	8.3	165.5
Lituani	34.8	92.4	5.5	99.2	73.2	7.9	225.1
Hungari	39.0	89.5	4.3	96.9	65.2	9.6	190.5
Poloni	34.9 ^b	94.8 ^b	4.9	87.9 ^c	66.2 ^d	7.0	176.2
Rumania	44.2	99.2	5.3	94.3	n/a	7.4	205.2
Sllovenia	40.1	86.4	4.2	98.9	69.5	6.9	169.0
Sllovaki	32.7	88.0	4.9	n/a	67.8	7.3	188.1
EU-28	n/a	n/a	3.7	n/a	77.1	7.9	172.3

Shpenzimet totale aktuale shëndetësore spitalore – ShTASHS; b Të dhënat e 2016; c Bazuar në të dhënat kombëtare; d Për spitalet e përgjithshme. Burimi: <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>, <https://stats.oecd.org/>

Eksperienca e disa vendeve ballkanike në reformën për autonomi spitalore

Eksperienca në Bullgari në reformën për autonominë spitalore

Në Bullgari, reformat shëndetësore të prezantuara në vitin 1989 përfshinin decentralizimin e institucioneve të kujdesit shëndetësor dhe lejuan hyrjen e ofruesve privatë të kujdesit shëndetësor (Borissov dhe Rathwell 1996). Megjithatë, financimi mbeti përgjegjësi e shtetit deri në vitin 1998, kur u miratua Ligji për Sigurimet Shëndetësore dhe nisi zbatimin në vitin 2000. Një Fond i Sigurimit Shëndetësor Kombëtar u krijua për të administruar dhe koordinuar punën e 28 zyrave rajonale.

Fondi i Sigurimeve Shëndetësore Kombëtare - FSSK financohej nga kontributet e pagave si nga punëdhënësit ashtu edhe nga punonjësit, ndërsa të vetëpunësuarit duhej të paguanin vetë të gjithë kontributin. Kontributet ishin plotësuar me grante për frymë nga buxhetet e shtetit dhe të qeverisjes vendore, dhe kontributet e pensionistëve dhe të papunëve paguheshin nga fondet e shtetit.

Reformat parashikoi që FSSK si blerës i shërbimeve shëndetësore të garantonte një paketë bazë të kujdesit, në dispozicion nga ofruesit konkurrues si në sektorin publik ashtu edhe në atë privat. Mjekët e përgjithshëm/familjes ishin të paguar si nga pagesat e tarifës për shërbimin ashtu edhe nga pagesat e kapitationit (shërbim për capita/individ), dhe parashikohej të vepronin si filtrues për kujdesin dytësor (shërbimin spitalor), megjithëse pacientët u lejuan gjithashtu të aksesonin specialistë në spitale direkt.

Për më tepër, në kalimin në një sistem sigurimi shëndetësor në të cilin burokracia e centralizuar do të zëvendësohej nga një sistem konkurrues në pluralist, vendit i mungonin menaxherët e aftë për të luajtur rolin e blerësve dhe ofruesve të kujdesit shëndetësor. Ish poliklinikat u shndërruan në qendra mjekësore konsultash dhe diagnostikuese në pronësi të bashkive. Spitalet publike u ri-regjistruan si ndërmarrje shtetërore qendore ose bashkiake.

Në një artikull para reformave, Borissov dhe Rothwell (1996) identifikuan këtë mungesë administrative dhe kapaciteti menaxherial, së bashku me një sistem informacioni të pazhvilluar, si dhe vështirësitë kryesore që reformat do të hasnin.

Dimova et al., analizues të reformave shëndetësore bullgare të deritanishme, tregojnë se, pavarësisht përpjekjes për të ecur drejt një sistemi më pluralist, modeli si i tregut, ose pothuajse si i tregut, në kujdesin shëndetësor të krijuar ka qenë i dominuar nga fondi kombëtar i sigurimeve shëndetësore, i cili është një blerës monopsolist i shërbimeve, ndërkohë që ka pasur një rritje të madhe të financimit privat të shëndetësisë në formën e financimit me shpenzimet nga xhepi. Sistemi gjithashtu vuan nga boshllëqe të konsiderueshme në mbulimin e përgjithshëm, duke përjashtuar pjesë të konsiderueshme të popullsisë, dhe nga nën-financimi i përgjithshëm, duke çuar në pakënaqësi popullore nga efekti i reformave.

Georgieva dhe Moutafova 201 tregojnë se sektori spitalor në Bullgari ka pësuar ndryshime të thella, duke përfshirë futjen e kontraktimit, diversifikimin e ofruesve, format e reja të pronësisë, forcimin e autonomisë menaxheriale, forma të reja financimi dhe përmirësimi i zgjedhjes së shërbimit nga pacienti.

Futja e konceptit të ndarjes blerës-ofrues dhe mekanizmi kontraktues prezantuan kushtet e tregut, ose pothuajse të tregut, në sektorin e shëndetësisë. Megjithatë, *performanca menaxhimi në spitale është relativisht i panjohur dhe të keqimplementuara*, kështu që edhe me autonominë spitalore dhe stimujt pothuajse të tregut, reformat shëndetësore nuk kanë gjasa të përmirësojnë as efikasitetin ose efektivitetin në kujdesin sekondar shëndetësor.

Eksperienca e Rumanisë në reformën për autonominë spitalore

Në Rumani, financimi shëndetësor u decentralizua në fillim të tranzicionit politik, nëpërmjet një Ligji të Administrimit Publik në vitin 1991, ku u themeluan 42 Drejtori Rajonale përgjegjëse për financimin e kujdesit parësor (Bara, van den Heuvel et al. 2002). Reformat gjatë viteve 1990 u kryen nën ndikimin e projekteve të Bankës Botërore dhe këshillave nga Fondi i Mbretit të Mbretërisë së Bashkuar.

Nën sistemin e mëparshëm, mjekët e kujdesit parësor kishin punuar me rrogë në dispanceri/ambulate si punonjës të spitaleve. Pas reformave, ata u bënë mjekë të përgjithshëm që punonin në klinika private si operatorë të pavarur, të kontraktuar nga drejtoritë shëndetësore të rretheve për të ofruar shërbime. Pagesa e mjekëve të përgjithshme ndryshoi në një pagesë mikse, pagesë për shërbim dhe shpërblime.

Mjekët e përgjithshëm filluan të kryejnë rolin e filtruesit/rojtarit (gatekeeper) për kujdesin dytësor dhe iu alokua buxheti i tyre si “mbajtës”, duke imituar reformat e mëparshme në Mbretërinë e Bashkuar që më pas rezultoi se kishin dështuar në përmirësim efikasitetit ose cilësinë e kujdesit mjekësorë (Wyke et al. 2003).

Në vitin 1999 u miratua Ligji për Organizatat Spitalore në Rumani, i cili i dha autonomi menaxhimit spitalor i udhëhequr nga Bordi Këshillimor. Privatizimi është kufizuar kryesisht në stomatologji dhe farmaci, por u lejuan edhe spitalet private të funksionojnë.

Bazat e financimit të spitaleve ndryshuan nga buxheti historik, në financim bazuar në performancën dhe profilin e spitaleve. Scintee et al. argumentojnë se mangësitë kryesore të reformave kanë qenë mungesa e fleksibilitetit dhe përshtatjes së tyre me kontekste dhe kushte specifike, një mospërfillje e nevojave specifike dhe komplekse shëndetësore të popullsisë dhe mungesa e reformave të njëkohshme në pjesë të tjera të sistemit shëndetësor.

Ata sugjerojnë që strategjia e re shëndetësore e propozuar nga Komisioni Presidential mund të mundësojë përparim të mëtijshëm, duke e vendosur pacientin në qendër të sistemit shëndetësor.

Sipas strategjisë së propozuar, mjekët e familjes do të duhej të ofronin shërbim 24 orë duke punuar jashtë orarit në qendrat e kujdesit të vazhdueshëm, ndërkohë që spitalet do të riorganizoheshin dhe tashmë është futur sistemi i bashkëpagesës. Duke ndërmarrë veprime të njëkohshme si në sistemin parësorë ashtu edhe në atë sekondar spitalor, duke shpresuar që pacientët të jenë më të gatshëm të kërkojnë shërbim mjekësor në klinikat e kujdesit parësor, duke ulur presionin (sidomos mbingarkesat) mbi spitalet.

Eksperienca e Kroacisë në reformën për autonominë spitalore

Synimi kryesor i reformave shëndetësore në Kroaci ishte reduktimi i kostove të shërbimeve shëndetësore pa ndikuar negativisht në gjendjen shëndetësore të popullatës (Mastilica and Chen 1998). Reformat përfshinë vënien e sistemit të sigurimeve shëndetësore nën kontrollin e qeverisë qendrore; kjo ka ndodhur në vitin 1990 me krijimin e Institutit Kroat të Sigurimeve Shëndetësore.

Ligji për Kujdesin Shëndetësor dhe ai i Sigurimeve Shëndetësore u miratua në vitin 1993, sipas të cilit shërbimet e ofruara nga sistemi shëndetësor publik u kufizuan në një paketë bazë shërbimesh, duke kufizuar numrin e vizitave në qendrat shëndetësore në komunitet, si dhe numrin e recetave që mund të përshkruhen për çdo pacient. Lista e barnave të përshkruara u kufizua dhe u vendos një normë uniforme për raportet mjekësore. Mjekët e kujdesit parësor ishin të kufizuar në ofrimin e një standardi dhe sasi shërbimesh nëpërmjet 'kontrollit të shfrytëzimit'.

Ndarja e kostos u prezantua për pothuajse të gjitha shërbimet mjekësore dhe recetat, me përjashtime për fëmijët, të papunët, të moshuarit, veteranët e luftës dhe grupet e tjera vulnerable të popullsisë. Krahas sigurimit të detyrueshëm shëndetësor, u prezantua një sistem i sigurimit shëndetësor vullnetar për ata që dëshironin ose kishin mundësi të plotësonin paketën bazë të shërbimeve të kujdesit shëndetësor. Sigurimi Shëndetësor Privat u lejua për ata me të ardhura të larta, duke mbuluar rreth 1% të popullatës. Një ligj i ri për sigurimet shëndetësore, i miratuar në vitin 2002, duke e riemëruar sigurimin shëndetësor bazë si sigurim të detyrueshëm, kufizoi më tej gamën e përfitimeve të mbuluara nga skema e sigurimit. Tërheqja nga sistemi u ndalua, dhe si rrjedhojë ra përdorimi i sigurimit shëndetësor privat.

Normat e bashkë-pagesës u rritën dhe u zgjeruan, dhe u reduktuan rastet përjashtimore. Sigurimi shëndetësor plotësues u prezantua për të mbuluar rrezikun e bashkë-pagesave, një opsion i përdorur në mënyrë disproporcionale nga pensionistët (Voncina, Kehler et al. 2010).

Në vitin 2005, u vendosën 'taksa administrative' për të gjithë shërbimet shëndetësore, duke përfshirë shërbimet e ambulancës. Nga fundi i viteve 2000, këto masa kufizuese e kthyen Institutin Kroat për Sigurimet Shëndetësore nga një pozicion me deficite në suficit, por efekti ishte të minonte seriozisht natyrën universale të sistemit ligjor të financimit në Kroaci. Si rrjedhojë, kujdesi shëndetësor parësor iu nënshtrua një procesi privatizimi, duke themeluar (ose më mirë u zgjerua, pasi kjo ishte lejuar edhe në regjimin komunist) një sistem të praktikës private mjekësore. Mjekët e përgjithshëm mund të vetëpunësohen dhe të ofrojnë shërbime nën kontratë me Institutin Kroat për Sigurime Shëndetësore, në ambiente të marra me qira nga qendrat shëndetësore të komunitetit.

Deri në vitin 2001, rreth 4/5 e mjekëve të kujdesit parësor operonin në mënyrë të pavarur nën kontratë me Institutin Kroat për Sigurime Shëndetësore, dhe vetëm 1/5 mbetën punonjës me pagë të qendrave shëndetësore të komunitetit (Katic, Juresa et al. 2004). Megjithatë, duke kufizuar shërbimet që mund të ofrohen dhe duke ndryshuar mekanizmin e pagesës për mjekët e kujdesit parësor në bazë të kapitacionit, reformat hoqën stimujt për mjekët e kujdesit parësor për kryerjen e vizitave në shtëpi dhe bënë kontrolle parandaluese midis grupeve vulnerabël. Edhe pse numri i vizitave të mjekët e përgjithshëm për pacient në vit u rrit nga 4.7 në 6.0 midis 1990 dhe 2001, numri i vizitave në shtëpi ra vazhdimisht dhe numri i kontrolleve parandaluese qëndruan të ulëta në vetëm 0.05, duke dhënë një justifikim për një kritikë ndaj modelit të kapitalizimit (Katic, Juresa et al. 2004: 547).

Modeli i kapitacionit³ ofroi gjithashtu një nxitje për mjekët pa rrogë për të zgjedhur pacientë të rinj dhe të shëndetshëm dhe për të dekurajuar regjistrimin nga pacientët më të kushtueshëm me sëmundje kronike. Kjo çoi potencialisht në boshllëqe sa i përket mbulimit, dhe u vlerësua në vitin 2004 se të paktën 300,000 njerëz në Kroaci ranë nga rrjeti i sigurimeve shëndetësore shoqërore (Katic, Juresa et al. 2004: 545). Një anketë e kryer në vitin 2003 zbuloi pabarazi të dukshme shëndetësore që ishin shfaqur midis grupeve me të ardhura ulëta dhe grupeve me të ardhura të larta (Mastilica dhe Kusec 2005).

Në nivelin e kujdesit sekondar/spitalor, modeli shumë i centralizuar i financimit të shëndetësi në Kroaci u njoh si problem dhe qeveria shpalli një decentralizim të financimit të shëndetësisë në vitin 2000. Meqenëse spitalet e rajoneve kishin kapacitete të kufizuara për të zbatuar financimin e decentralizuar, një program trajnimi është ofruar nga Shkolla e Shëndetit Publik Andrija Štampar, e quajtur programi "Rajone të shëndetshme".

Raporti i Dzakula, Sogric et al., mbi suksesin e këtij programi, një nga arritjet e rëndësishme ishte krijimi i një kuadri të ri ligjor për decentralizimin. Ligji i ri i Kujdesit Shëndetësor që ishte shpallur në fund të vitit 2008 bazohet të paktën pjesërisht në rezultatet e programit të Rajoneve/Qarqeve të Shëndetshëm. Ai parashikonte hartimin e planeve vjetore dhe trevjeçare për parandalimin dhe promovimin shëndetësor, zhvillimin e bashkëpunimit gjithëpërfshirës të palëve të interesuara dhe krijimin e "Këshillit Shëndetësor" të qarkut/rajonit. Zbatimi i këtyre ndryshimeve është aktualisht në progres.

[3] Modeli kapitacionit, i referohet pageses se per indide/fryme (capita), qe l paguhet institucionit mjekesor. Pershembull i paguhet mjeku, klinikes/qendres mjekesore nje page se fikse per secilin person qe merr sherbim mjekesor, per nje periudhe kohe, pertej sasise se sherbimit qe personi kerkon, ne pergjithesi ka nje perlllogaritje deri ne afro 5 sherbime ne muaj perfshihen ne kete page se. Pagesa kryhet packa qe personi e kerkon apo jo kete sherbim gjate kesaj periudhe. <https://www.aafp.org/about/policies/all/capitation-primary-care.html>

Eksperienca e Maqedonisë së Veriut në reformën për autonominë spitalore

Në Maqedoninë e Veriut, Fondi Kombëtar i Sigurimeve Shëndetësore u krijua me Ligjin për Kujdesin Shëndetësor të vitit 1991, i bazuar mbi kontributet nga pagat. Njerëzit me familje të mëdha (më shumë se 4 anëtarë), kërkohej të paguanin kontribut sigurimi suplementar (Donev 1999). Ligji parashikonte gjithashtu sigurim shëndetësor suplementar dhe vullnetar. Sistemi i sigurimeve shoqërore filloi të funksionojë në vitin 1994, me sigurim të detyrueshëm shëndetësor që mbulon një paketë bazë shërbimesh shëndetësore.

Megjithatë, deri në vitin 1999, vetëm rreth 4/5 e popullsisë mbulohehin nga sistemi i sigurimeve shëndetësore shoqërore (Donev 1999), duke nënkuptuar një hendek të madh në gamën e mbulimit. Në vitin 1996, Banka Botërore dha një hua prej 19.4 milionë dollarësh për të mbështetur reformat e mëtejshme shëndetësore. Ndër synimet e programit ishte kalimi i financimit të kujdesit parësor në bazë të kapitacionit dhe një reformë e sistemit të bashkë-pagesës për të mbushur boshllëqet në financim.

Deficitet në Fondin e Sigurimeve Shëndetësore mbulohehin me transferta nga buxheti i qeverisë qendrore. Në vitin 2004 u miratuan ndryshime në Ligjin për Kujdesin Shëndetësor, i cili parashikonte privatizimin e farmacive dhe shërbimeve stomatologjike në bazë të dhënies me qira të objekteve nga shteti. Ndryshimet përkonin me marrëveshjen për një kredi të re prej 10 milionë dollarësh nga Banka Botërore për të financuar forcimin e menaxhimit të sektorit shëndetësor, me fokus në reformat në ofrimin e kujdesit ditor dhe të kujdesit shëndetësor parësor, si dhe në përmirësimin e mbledhjes së të ardhurave.

Marrëveshja e Ohrit e vitit 2001 mandatoi decentralizimin e përgjegjësi të kujdesit shëndetësor në nivel bashkie, dhe përfaqësuesit e bashkive kanë filluar të përfshihen në menaxhimin e qendrave të kujdesit shëndetësor parësor (Gjorgjev, Bacanovic, Cicevalieva, Sulevski dhe Grosse-Tebbe 2006).

Praktika mjekësore private në kujdesin parësor shëndetësor, me kontratë me Fondin e Sigurimeve Shëndetësore përmes pagesave të tarifave për shërbime, që lejohej edhe me Ligjin për Kujdesin Shëndetësor të vitit 1991. Ndryshe nga Kroacia, mjekët privatë punojnë nga ambientet e tyre, megjithatë këto ambiente janë të kushtueshme për t'u pajisur dhe kërkojnë investime më të mëdha se në Kroaci, ku mjekët marrin me qira ambientet e tyre nga qendra shëndetësore e komunitetit lokal.

Deri në vitin 2002, rreth 1/5 e mjekëve të kujdesit parësor në Maqedoni punonin në praktikë private mjekësore (Nordyke dhe Peabody 2002). Ndërsa praktikat private mjekësore përballen me stimuj të fortë të performancës të lidhura me aftësinë e tyre për të ngarkuar tarifa për shërbimin mjekësor dhe për të mbajtur të ardhura, në sektorin publik numri i vizitave të pacientëve rregullohet dhe kufizohet nga Fondi i Sigurimeve Shëndetësore, duke ofruar pak nxitje për të trajtuar më shumë pacientë.

Një studim që krahasoi performancën e klinikave publike dhe private të kujdesit parësor shëndetësor në vitet 1997–1998 zbuloi se sektori privat kishte një produktivitet më të lartë për sa i përket numrit të pacientëve të trajtuar dhe se klinikat private prireshin të ishin të pajisura më mirë me aparatura mjekësore, etj (Nordyke 2002). Projekti i Tranzicionit të Sektorit Shëndetësor, i financuar nga Banka Botërore me synimin të zhvillonte më tej sektorin privat në ofrimin e shërbimeve shëndetësore në Maqedoni.

Një nga synimet kryesore të tij ishte futja e sistemeve të pagesës së kapitacionit në sektorin e kujdesit parësor. Konsulentët e projektit rekomanduan qiranë ose shitjen e plotë të qendrat shëndetësore komunitare në sektorin privat (Nordyke dhe Peabody 2002). Megjithatë, për shkak të rezistencës ndaj reformës nga profesionistët shëndetësorë, sistemi i kapitacionit u aplikua vetëm për mjekët që punojnë në sektorin privat, duke zëvendësuar kontratat e tyre të mëparshme tarifore për shërbim (Banka Botërore 2003).

Lazarevik dhe Donev argumentojnë se politizimi i sistemit shëndetësor të Maqedonisë ka shtrembëruar vendimmarrjen për financimin e spitaleve, rekrutimin e stafit dhe punësimin dhe shkarkimi i drejtorëve në spitalet publike. Mungesa e investimeve në teknologji dhe pajisje të reja, përkeqësimi i ambienteve dhe motivimi i ulët i stafit, kanë ulur cilësinë e kujdesit në sektorin publik.

Shpenzimet nga xhepi janë rritur, me një ndikim negativ në aksesin tek ofruesit e kujdesit shëndetësor për grupet me të ardhura më të ulëta. Spitalet publike kanë mbetur me borxhe të mëdha dhe personeli shëndetësor i kualifikuar dhe me eksperiencë është zhvendosur për të punuar në sektorin privat. Kushtet e këqija në spitalet publike dhe dështimi i qeverisë për t'i trajtuar ato kanë krijuar mundësi për zhvillimin e tyre profesional në sektori spitalor privat. Sipërmarrësit privatë kanë investuar në objekte të reja shëndetësore moderne dhe në pajisjet dhe teknologjinë më të fundit mjekësore. Kështu, tranzicioni ka krijuar dy nivele sistemi spitalor, i përbërë nga një sistem spitalor publik i mbi politizuar dhe joefikas, krahas një sistemi spitalor privat që mbështetet në pagesat nga xhepi. Lazarevik dhe Donev debatojnë se zgjidhjet për të parandaluar kolapsin e spitaleve publike duhet të orientohen drejt një transformimi të përshtatur lokalisht të spitaleve publike në ndërmarrje korporatash, nëpërmjet një

procesi të kujdesshëm privatizimi që nuk transferon pronësinë e objekteve tek investitorët.

Modeli i autonomisë në Shqipëri, në Spitalin e Durrësit

Në Shqipëri ka një model të autonomisë spitalore që është zbatuar prej vitit 2001, pjesë e një projekti të Bankës Botërore. Spitalit Rajonal në Durrës iu mundësua autonomia me VKM Nr. 560 datë 23.10.2000. Vendimi u bazua në nenet e Kushtetutës dhe ligjet për sigurimin shëndetësor dhe kujdesin shëndetësor.

VKM Nr. 560 e deklaron spitalin si institucion në pronësi të shtetit dhe jo buxhetor. Duke u konsideruar një institucion jashtë buxhetor, spitali ka disa avantazhe kyçe mbi spitalet e tjera publike. Së pari, atij i lejohet të ketë llogarinë e vet bankare (jashtë sistemit të thesarit). Duke mos iu nënshtruar rregullave të thesarit, atij i lejohet të ruajë të gjitha të ardhurat e papërdorura, nga burime shtetërore dhe jo shtetërore në fund të vitit, duke pasur si rrjedhojë një shtysë të fuqishme për të punuar me më efikasitet.

Për më tepër, Spitalit Rajonal Durrës i lejohet të përdorë fondet nga burimet publike dhe private sipas përcaktimit të drejtorit dhe Bordit të Drejtorëve (BD). Gjithashtu, kuadri rregullator lejon spitalin të vendosë shkallën e pagave në mënyrë më fleksibël. VKM Nr. 560 ndan autoritetin vendimmarrës për çështjet e spitalit midis MSH-së, ISKSH-së, BD-së dhe menaxherit të spitalit. Si rrjedhojë, Këshilli Administrativ i ISKSH-së vendos mbi çështjen e shpërblimit të punonjësve (VKM Nr. 76 datë 19.01.2007 “Për disa ndryshime dhe shtesa në vendimin Nr. 560”).

Sipas Drejtorisë së Spitalit të Durrësit, spitali ka krijuar dhe ndjek një shkallë pagese për pozicione të ndryshme. Kjo shkallë miratohet nga BD. MSH ka përgjegjësi për investimet kapitale. Spitali organizohet dhe drejtohet në përputhje me statutin e tij. BD i Spitalit të Durrësit është përgjegjës për aktivitetin ekonomik dhe financiar (Neni 3). BD ka pushtetin të punësojë dhe pushojë drejtorin e spitalit dhe zëvendësit e tij pas miratimit nga MSH-ja (neni 13). Bordi miraton kontratën e spitalit me ISKSH-në, planin strategjik të spitalit dhe buxhetin, strukturën e spitalit, numrin e punonjësve dhe nivelin e pagave dhe mënyrën si akordohen të ardhurat (VKM Nr. 560, Neni 11 i Statutit sipas ndryshimeve përmes VKM Nr. 76 të vitit 2007). Bordi i Drejtorëve është një organizëm i vetë rregulluar, që takohet të paktën katër herë në vit dhe anëtarët shpërblehen për punën e tyre në Bord (VKM Nr. 560, Nenet 8, 10, dhe 11).

Sipas një ndryshimi në VKM Nr. 560, datë 19.01.2007, e drejta për të përcaktuar nivelin e pagave i përket KA të ISKSH-së. Për më tepër, sipas Drejtorisë, çdo ndryshim në strukturën organizative të spitalit duhet të miratohet nga MSH-ja. Kjo ngre pyetje sa i përket kuptimit ose zbatimit të Nenit 11 të VKM-së Nr. 560 që duket të ketë lënë këtë autoritet qartësisht në fushëveprimin e Bordit të Drejtorëve.

Drejtori i Spitalit Rajonal Durrës i përgjigjet si BD-së ashtu edhe MSH-së, është përfaqësuesi zyrtar i spitalit, i raporton Bordit, i propozon BD-së buxhetin e spitalit; punëson dhe pushon stafin e spitalit në konsultim me Bordin, firmos kontratat dhe vendos për çështjet e trajnimit të stafit (VKM Nr. 560, Neni 14 (5, 6 dhe 9)). Dekretimi i ligjit për spitalet në vitin 2003 nuk pati ndikim mbi Spitalin e Durrës dhe programin pilot, sepse ai nuk shfuqizoi Vendimin Nr. 560. Ligji për spitalet nuk ka pjesë që lidhen me pilotimin në Spitalin e Durrësit. Si rrjedhojë, ai as nuk e zhveshi dhe as nuk e ri-konfirmoi në mënyrë specifike spitalin në Durrës me statusin pilot.

Ka dy aspekte për t'u vënë re për sa i përket lidhjes midis ligjit për spitalet dhe programit pilot. I pari është se qëllimi i ligjit për spitalet është që të jetë i zbatueshëm për të gjithë spitalet publike në vend. I dyti është se ligji nuk e njohu Spitalin e Durrësit në mënyrë specifike si spital që lejohej të kishte një status të ndryshëm (të veçantë). Mund të argumentohet se mungesa e kësaj njohjeje e statusit të veçantë të Spitalit të Durrësit mund të interpretohet me faktin se ligji në mënyrë të nënkuptuar anuloi statusin e Spitalit të Durrësit, duke qenë se ligji i ri ka pushtet juridik më të madh se sa VKM-ja Nr. 560 (një ligj më lart në hierarki shfuqizon një ligj që është më poshtë)). Spitali i Durrësit vazhdoi të vepronte si pilot për nëntë vite pas dekretimit të ligjit. Nëse, pavarësisht mungesës së përjashtimit për Spitalin e Durrësit në ligjin për spitalet, VKM-ja nuk konsiderohet të jetë në konflikt me të, mund të ngrihet argumenti se ekzistenca e pilotit pas dekretimit të ligjit për spitalet është e ligjshme brenda kontekstit të një prej supozimeve të mëposhtme:

- Projekti pilot në Spitalin e Durrësit supozohet të përbëjë një pjesë të strukturës zbatuese të ligjit. Si rrjedhojë, lloji i pavarësisë buxhetore që i është dhënë Spitalit të Durrësit “de facto” solli në jetë konceptin e buxhetit të pavarur të cilin ligji e përmend, por nuk e përkufizon.
- VKM-ja për Spitalin e Durrësit duhet të shihet si pjesë e një kategorie të ligjeve të veçanta që mbizotërojnë kur janë në konflikt me një ligj të përgjithshëm (në këtë rast ligji për spitalet) (një ligj i veçantë shfuqizon një ligj të përgjithshëm). Megjithatë ky argument është disi i dobët, sepse VKM-të janë qartësisht në një kategori më të ulët se ligjet.
- Zbatimi i ligjit për spitalet nuk ishte i mjaftueshëm, duke qenë se lejoi projektin pilot në Spitalin e Durrësit të vazhdojë dhe të vendosë një precedent, duke lënë të hapur mundësinë për modele pilotë të tjerë të veprojnë në të njëjtën mënyrë. Ky argument mbështetet nga fakti se VKM-ja Nr. 560 e vitit 2000 është ndryshuar dy herë, një herë në vitin 2006 dhe një herë në 2007, pasi ligji hyri në fuqi në vitin 2003.

Eksperienca botërore tregon që, ndërsa autonomia financiare është shpesh “patatja e nxehtë”, kur flitet për shkallën e autonomisë që do i jepet ose delegohet ndaj institucioneve, çështje kyçe për t’u diskutuar gjithashtu janë planifikimi, autonomia administrative dhe operacionale. Nëse shikojmë p.sh. autonominë e planifikimit në rastin e Spitalit Rajonal Durrës, vërejmë që është adresuar në mënyrën jo të duhur.

Vlerësimi i autonomisë së Spitalit të Durrësit, sipas fushave përkatëse

Potter dhe Brough (2004) dhe Potter dhe Harries (2007) identifikuan 5 fusha kryesore ku analizohet sa përfitime mund të kenë institucionet shëndetësore nga autonomia. Bazuar në këto fusha, vlerësimi për autonominë e Spitalit Rajonal Durrës është si më poshtë:

- **Autonomia klinike**

Autonomia klinike vendoset përballë cilësisë së kujdesit shëndetësor, e cila ekuilibrohet përmes protokolleve klinike dhe edukimit profesional të vazhdueshëm. Spitali i Durrësit ka pasur që në fillim objektiv, kapacitet dhe autonominë në aprovimin e protokolleve klinike. Që prej vitit 2010, mjekët e spitalit, ashtu si gjithë profesionistët e tjerë shëndetësorë, i nënshtrohen kuadrit ligjor të profesioneve të rregulluara dhe si rrjedhojë procesit të licencimit dhe ri-licencimit.

- **Autonomia për menaxhimin e burimeve njerëzore**

Përgjegjësia dhe autoriteti për marrjen e vendimeve për personelin për t’i marrë dhe larguar nga puna, në VKM për nisjen e projektit të “Autonomisë spitalore në Spitalin e Durrësit”, i është dhënë Bordit të Spitalit. Gjithsesi, në praktikë është autonomi e plotë vetëm për infermierët dhe personelin mbështetës. Nga ana tjetër, vitet e fundit ka pasur presion nga MSHMS, e cila ka hapur portalin “Mjek për Shqipërinë” dhe “Infermier për Shqipërinë”,

ku publikohen vendet e lira për mjek apo teknik mjekësor (infirmier, mami, imazherist, fizioterapi) në sistemin shëndetësor dhe ku personat e interesuar bëjnë edhe aplikimin për vendin e punës. Pjesë e këtij portali janë edhe vendet e punës për Spitalin e Durrësit, çfarë limiton autonominë e menaxhimit të burimeve njerëzore, në një nga hallkat kryesore të tij, që është përzgjedhja dhe rekrutimi i personelit mjekësor.

Nga ana tjetër, bordi i spitalit ka një lloj autonomie në ndryshimin e strukturës dhe të pozicioneve të personelit, veçanërisht infermiereve dhe personelit mbështetës.

- **Autonomia financiare**

Spitali i Durrësit merr buxhetin e dakordësuar dhe të vendosur në kontratën me Fondin e Sigurimeve Shëndetësore, i cili është buxhet historik, në fillim të çdo viti fiskal. Gjithsesi, spitali nuk është në gjendje të kërkojë buxhet bazuar në informacionin mbi llojin e shërbimit të pacientëve, prioriteteve dhe ngarkesës së punës, duke përfshirë edhe parashikimin për ngarkesën gjatë verës për shkak të sezonit turistik. Drejtuesi dhe Bordi i Spitalit të Durrësit kanë fleksibilitet në vendimmarrje në lidhje me rialokimin e fondeve midis zërave të buxhetit. Spitali i Durrësit, ashtu si edhe spitalet e tjera, nuk i lejohet të ndryshojë çmimet e shërbimeve ose të ndër marrë aktivitete të tjera, si: përdorimi i kapaciteteve hoteliere për të ofruar shërbime ndaj palëve të treta, hapja e një farmacie private, hapja e një dyqani në hapësirat e tij, investim të fondeve. Me gjithë limitimet financiare që ka, shkalla e autonomisë e dhënë ndaj spitalit ka motivuar stafin për të zhvilluar procedura metodologjike dhe operative të analizës së kostove. Spitali i Durrësit është i pari në vend që ka ngritur që në fillim të viteve 2000 njësinë e kostifikimit dhe përgatitjen për financimin bazuar në DRG.

- **Autonomia e planifikimit**

Planifikimi si hallkë e menaxhimit spitalor përfshin vendimmarrjen lidhur me aktivitetet dhe objektivat e shërbimeve në të ardhmen, sipas nevojës së

popullatës dhe si mund të përmbushen ato. Si rrjedhojë, planifikimi është funksion bazë i autonomisë. Veçanërisht, planifikimi nevojitet nga çdo institucion shëndetësor për të investuar në godinat e reja, personel dhe pajisje. Bordi i Spitalit të Durrësit mund të marrë vendime të pjesshme për investimet në godina të reja apo aparatura, por janë vendime që kanë nevojë për konfirmim nga Ministria e Shëndetësisë dhe alokimi i fondeve përkatëse.

- **Autonomia administrative dhe operacionale**

Që prej fillimit si projekt pilot në Spitalin e Durrësit, e ka ndihmuar këtë institucion që të rrisë autonominë në lidhje me disa çështje administrative dhe operacionale. Kështu, Spitali Durrësit ka pasur më fleksibilitet se spitalet e tjera në vend rreth furnizimeve të nevojshme, pajisjeve apo mallrave të konsumueshme. Bordi merr vendime për investimet, pajisjeve të reja, si dhe ofrimit të shërbimeve të reja. Meqenëse Spitali Durrësit nuk është institucion buxhetor, të ardhurat dytësore mund të përdoren për blerjen e barnave, mallrave të konsumueshme ose pajisje të reja. Procedurat e prokurimeve i nënshtrohen rregullave të nxjerra nga Agjencia Kombëtare e Prokurimeve Publike, pavarësisht ndikimit pozitiv që ka autonomia në vendimmarrje për çështjet administrative dhe operacionale.

Autonomia spitalore dhe opsione për Shqipërinë

Pika e fillimit për zhvillimin e modelit të autonomisë është aty ku ka eksperiencë të mëparshme, duke u nisur nga një model tradicional i ofrimit të kujdesit shëndetësor. Eksperiencë e shumë vendeve të Europës Lindore, por edhe sigurisht të vendeve perëndimore, është që nuk mund të ofrohet shërbim shëndetësor i cilësisë së mirë që mund t'u përgjigjen nevojave të popullsisë së vendit të tyre, duke u nisur nga modeli i shërbimit shëndetësor tradicional. Kjo është arsyeja që vende të ndryshme kanë adaptuar përjasje të ndryshme.

Emëruesi i përbashkët i të gjitha alternativave kërkon që spitaleve t'u jepet një shkallë autonomie më e madhe. Së bashku me autonominë vjen edhe përgjegjësia, sepse çdo gjë duhet të ketë parametra të cilat duhet të njihen që prej fillimit të procesit. Ka disa mënyra për sigurimin që spitalet të veprojnë me përgjegjësi dhe në mënyrë të përgjegjshme:

- Një bord menaxhimi me fuqi të qarta është thelbësor.
- Gjithashtu duhet të ketë transferim të buxhetit jo vetëm te spitalet, por më pas edhe brenda spitalit, gjithashtu sipas shërbimeve. Procesi i kontraktimit që përdoret për financimin e spitalit është një mjet i mirë për vendosjen e parametrave të aktiviteteve – pa u bërë një mekanizëm që mbyt iniciativën.
- Procesi i prokurimit është një fushë që duhet riparë në detaje. Procesi aktual i tenderimit për të gjithë artikujt e nevojshëm kërkon shumë punë dhe i pavolitshëm. Shumë vende kanë adoptuar një përqasje ku kanë një proces tenderimi qendror për një numër të gjerë materialesh. Kjo siguron çmim më të mirë për artikull dhe prodhon vlerë për lekët. Ky proces kërkon gjithashtu të paraqesë “kontratë sipas kërkesës”, e cila vendos një volum të caktuar në sasi për një artikull që do të nevojitet. Përdoruesit e këtyre artikujve do të jenë në gjendje që të “kërkojnë” nga kontrata artikujt që nevojiten pa qenë nevoja që të kryejnë një proces tenderimi. Kjo bën drejtimin e spitaleve më shumë efektive dhe eficiente.
- E fundit, por jo më pak e rëndësishme, është transferimi i buxhetit si një parakusht për autonominë.

Sistemi aktual nuk ofron ndonjë stimul për të ndërmarrë veprime që sigurojnë “kursime” ose efikasitet, sepse këto kursime nuk mund të mbahen nga spitali. Kjo është çështje që duhet të adresohet në nivel qeverie, sepse Ministria e Shëndetësisë dhe ajo e Financave vazhdojnë të punojnë në mënyrë tradicionale, e cila nuk mundëson fleksibilitetin e nevojshëm që autonomia të funksionojë si duhet.

Autonomia spitalore nuk është qëllim për t'u arritur, por është një mjet për të përmirësuar shërbimin spitalor dhe si pasojë aksesin dhe cilësinë e kujdesit shëndetësor ndaj popullatës. Eksperiencat dhe modelet e sistemeve shëndetësore të përshtetshme më sipër në lidhje me organizimin dhe menaxhimin spitalor, nxjerr disa sugjerime:

- Mënyra e financimit e sistemit shëndetësor në përgjithësi, dhe e kujdesit spitalor në veçanti, ndikon edhe në gradën e autonomisë dhe mënyrës së menaxhimit të tyre, duke na dhënë dy modele.
 - Financimi nga skema e sigurimeve shëndetësore lejon më shumë fleksibilitet në financimin, menaxhimin dhe shkallën e autonomisë së institucioneve spitalore, përmes një procesi kontraktimi bazuar në tregues performance dhe llogaridhënie.
 - Financimi nga taksimi i përgjithshëm ka më pak fleksibilitet, duke qenë se institucionet spitalore në vetvete janë pjesë e një mega-institucioni si KSHK/NHS, çfarë i lejon një autonomi të kufizuar nga kuadri ligjor.
- Vende të ndryshme, pavarësisht se kanë pothuajse të njëjtën mënyrë financimi, kanë dizenuar shkallë të ndryshme autonomie dhe mënyra të ndryshme funksionimi të institucioneve spitalore. Kjo shumëllojshmëri funksionimi dhe shkallë autonomie është e lidhur me kontekstin ekonomik, politik, sfondin historik dhe kulturor të popullatës në të cilën operojnë spitalet.

Nisur nga gjetjet e mësipërme, mënyra e zbatimit të autonomisë spitalore, shkalla e autonomisë, funksionimi i organeve operative të institucioneve spitalore duhet ndërtuar bazuar në eksperiencat më të mirë të vendit tonë (Spitali i Durrësit, eksperiencat pozitive të autonomisë në kujdesin shëndetësor parësor), si dhe e vendeve që vijnë nga një sistem i ngjashëm politik, shëndetësor (Semashko) situatë ekonomike dhe sociale të ngjashme, si Kroacia, Sllovenia, Sllovakia, Çekia apo Maqedonia e Veriut.

GJETJET

Mbretëria e Bashkuar

Plani i dhënies së shërbimit nga plani i Shërbimit Shëndetësor Kombëtar ka si qëllim që t'u japë pacientëve më shumë zgjedhje ndaj spitaleve, meqenëse zgjedhjet e tyre për trajtim ngelen të limituara dhe koha e pritjes për të kontaktuar mjekun specialist apo ndërhyrjet kirurgjikale dhe trajtime të ndryshme, përfshirë shërbimin në urgjencën spitalore, është e gjatë.

Çekia

Problemet e hasura gjatë kryerjes së reformave – si fakti që pagesa për shërbim (fee-for-service) inkurajon mbipërdorimin e shërbimeve nga ana e mjekëve me qëllim rritjen e të ardhurave të tyre, dhe këto stimuj financiarë të diskutueshëm, si dhe kuadri rregullator i papërshtatshëm, të cilat çuan në vështirësi dhe falimentim të shumë fondeve të sigurimit shëndetësor, nxorën në pah sfidat që ka sistemi shëndetësor.

Estonia

Politizimi i bordit të spitalit ka qenë shqetësim nga dy aspekte: vendimi mbi natyrën e interesit publik dhe vendimi për rekrutimin e vendeve për bordin e menaxhimit.

Ofruesit e kujdesit shëndetësor tani kanë statusin ligjor si subjekte private që kryejnë aktivitet nën ligjin e privatëve, çfarë nënkupton që përgjegjësia direkte për performancën e ofruesve është deleguar nga Ministria e Çështjeve Sociale dhe bashkitë te bordi mbikëqyrës i spitalit.

Bullgaria

Mungesa e institucionalizimit të menaxherëve shëndetësorë për të ofruar rolin e blerësve dhe ofruesve të shërbimit shëndetësor.

Mungesa e kapaciteteve të menaxherëve administrativ në kujdesin mjekësor.

Mungesa e një sistemi informacioni mjekësor/digjital funksional, ose i pazhvilluar mirë.

Spektori spitalor në Bullgari ka pësuar ndryshime të thella, duke përfshirë futjen e kontraktimit, diversifikimin e ofruesve, format e reja të pronësisë, forcimin e autonomisë menaxheriale, forma të reja financimi dhe përmirësimi i zgjedhjes së shërbimit nga pacienti. Megjithatë, performanca menaxhimi në spitale është relativisht i panjohur dhe të keq-implementuara, kështu që edhe me autonominë spitalore dhe stimujt pothuajse të tregut reformat shëndetësore nuk kanë gjasa të përmirësojnë as efikasitetin ose efektivitetin në kujdesin sekondar shëndetësor.

Rumania

Mjekët e përgjithshëm filluan të kryejnë rolin e filtruesit/rojtarit (gatekeeper) për kujdesin dytësor dhe iu alokua buxheti i tyre si “mbajtës”, duke imituar reformat e mëparshme në Mbretërinë e Bashkuar, që më pas rezultoi se kishin dështuar në përmirësim efikasitetit ose cilësinë e kujdesit mjekësor.

Mangësitë kryesore të reformave kanë qenë mungesa e fleksibilitetit dhe përshtatjes së tyre me kontekste dhe kushte specifike, një mospërfillje e nevojave specifike dhe komplekse shëndetësore të popullsisë dhe mungesa e reformave të njëkohshme në pjesë të tjera të sistemit shëndetësor.

Kroacia

Në vitin 2005 u vendos 'taksa administrative' për të gjithë shërbimet shëndetësore, duke përfshirë shërbimet e ambulancës. Nga fundi i viteve 2000, këto masa kufizuese e kthyen Institutin Kroat për Sigurimet Shëndetësore nga një pozicion me deficite në suficit, por efekti ishte të minonte seriozisht natyrën universale të sistemit ligjor të financimit në Kroaci. Si rrjedhojë, kujdesi shëndetësor parësor iu nënshtrua një procesi privatizimi duke themeluar (ose më mirë u zgjerua, pasi kjo ishte lejuar edhe në regjimin komunist) një sistem të praktikës private mjekësore.

Modeli i kapitacionit⁴ ofroi gjithashtu një nxitje për mjekët pa rrogë për të zgjedhur pacientë të rinj dhe të shëndetshëm dhe për të dekurajuar regjistrimin nga pacientët më të kushtueshëm me sëmundje kronike.

Në nivelin e kujdesit sekondar/spitalor, modeli shumë i centralizuar i financimit të shëndetësi në Kroaci u njoh si problem dhe qeveria shpalli një decentralizim të financimit të shëndetësisë në vitin 2000. Meqenëse spitalet e rajoneve kishin kapacitete të kufizuara për të zbatuar financimin e decentralizuar, një program trajnimi është ofruar nga Shkolla e Shëndetit Publik "Andrija Štampar", e quajtur programi "Rajone të shëndetshme".

Maqedonia e Veriut

Politizimi i sistemit shëndetësor në Maqedoninë e Veriut ka shtrembëruar vendimmarrjen për financimin e spitaleve, rekrutimin e stafit dhe punësimin dhe shkarkimi i drejtorëve në spitalet publike. Mungesa e investimeve në teknologji dhe pajisje të reja, përkeqësimi i ambienteve dhe motivimi i ulët i stafit kanë ulur cilësinë e kujdesit në sektorin publik.

[4] capitation model - Capitation is a payment arrangement for health care services in which an entity (e.g., a physician or group of physicians) receives a risk adjusted amount of money for each person attributed to them, per period of time, regardless of the volume of services that person seeks. <https://www.aafp.org/about/policies/all/capitation-primary-care.html>

Shpenzimet nga xhepi janë rritur, me një ndikim negativ në aksesin tek ofruesit e kujdesit shëndetësor për grupet me të ardhura më të ulëta.

Spitalet publike kanë mbetur me borxhe të mëdha dhe personeli shëndetësor i kualifikuar dhe me eksperiencë është zhvendosur për të punuar në sektorin privat.

Kushtet e këqija në spitalet publike dhe dështimi i qeverisë për t'i trajtuar ato kanë krijuar mundësi për zhvillimin e tyre profesional në sektori spitalor privat.

Sipërmarrësit privatë kanë investuar në objekte të reja shëndetësore moderne dhe në pajisjet dhe teknologjinë më të fundit mjekësore.

Kështu, tranzicioni ka krijuar një dy nivele sistemi spitalor, i përbërë nga një sistem spitalor publik i mbipolitizuar dhe jo-efikas, krahas një sistemi spitalor privat që mbështetet në pagesat nga xhepi. Lazarevik dhe Donev debatojnë se zgjidhjet për të parandaluar kolapsin e spitaleve publike duhet të orientohen drejt një transformimi të përshtatur lokalisht të spitaleve publike në ndërmarrje korporative, nëpërmjet një procesi të kujdesshëm privatizimi që nuk transferon pronësinë e objekteve tek investitorët.

Shqipëri

Spitalit Rajonal në Durrës iu mundësua autonomia me VKM Nr. 560, datë 23.10.2000. Vendimi u bazua në nenet e Kushtetutës dhe ligjet për sigurimin shëndetësor dhe kujdesin shëndetësor.

Dekretimi i ligjit për spitalet në vitin 2003 nuk pati ndikim mbi Spitalin e Durrësit dhe programin pilot, sepse ai nuk shfuqizoi Vendimin Nr. 560. Ligji për spitalet nuk ka pjesë që lidhen me pilotimin në Spitalin e Durrësit. Si rrjedhojë, ai as nuk e zhveshi dhe as nuk e ri-konfirmoi në mënyrë specifike spitalin në Durrës me statusin pilot.

Spitali i Durrësit merr buxhetin e dakordësuar dhe të vendosur në kontratën me Fondin e Sigurimeve Shëndetësore, i cili është buxhet historik, në fillim të çdo viti fiskal. Gjithsesi, spitali nuk është në gjendje të kërkojë buxhet bazuar në informacionin mbi llojin e shërbimit të pacientëve, prioritetëve dhe ngarkesës së punës, duke përfshirë edhe parashikimin për ngarkesën gjatë verës për shkak të sezonit turistik.

Procedurat e prokurimeve i nënshtrohen rregullave të nxjerra nga Agjencia Kombëtare e Prokurimeve Publike, pavarësisht ndikimit pozitiv që ka autonomia në vendimmarrje për çështjet administrative dhe operacionale.

MSH, e cila ka hapur portalin “Mjek për Shqipërinë” dhe “Infermier për Shqipërinë”, ku publikohen vendet e lira për mjek apo teknik mjekësor (infermier, mami, imazherist, fizioterapi) në sistemin shëndetësor dhe ku personat e interesuar bëjnë edhe aplikimin për vendin e punës. Pjesë e këtij portali janë edhe vendet e punës për Spitalin e Durrësit, çfarë limiton autonominë e menaxhimit të burimeve njerëzore në një nga hallkat kryesore të tij që është përzgjedhja dhe rekrutimi i personelit mjekësor.

Planifikimi nevojitet nga çdo institucion shëndetësor për të investuar në godinat e reja, personel dhe pajisje. Bordi i Spitalit të Durrësit mund të marrë vendime të pjesshme për investimet në godina të reja apo aparatura, por janë vendime që kanë nevojë për konfirmim nga Ministria e Shëndetësisë dhe alokimi i fondeve përkatëse.

REKOMANDIMET

1

Institucionalizimi sipas modeleve dhe praktikave të mira, i vazhdueshëm, për formimin e menaxherëve mjekësorë, mundësisht pjesë e kurrikulës universitare, programe master - përgatitja e personelit shëndetësor, nga profesionistë vendas dhe të huaj që kanë eksperiencë profesionale në autonominë spitalore, në tërë nivelet për mënyrën e funksionimit të autonomisë spitalore.

2

Trajnimi i personelit mjekësor dhe administrativ, si dhe vlerësim në dinamikë periodik të spitaleve që iu jepet autonomia në periudha të ndryshme, duke evidentuar problematikat e mundshme dhe ofruar mekanizma përmisuese për spitalet që marrin më vonë këtë status.

3

Përfshirja e komunitetit dhe pacientëve në sensibilizimin dhe informimin e tyre se si do funksionojë shërbimi spitalor në komunitetet e tyre ku banojnë.

4

Jetësimi i digjitalizimit të shërbimit spitalorë (jo vetëm) nëpërmjet një platforme të integruar me teknologji të informacionit mjekësor.

5

Inkurajimi i rritjes së konkurrencës në “tregun” e kujdesit shëndetësor.

6

Riallokimi i buxhetit drejt paketave esenciale kosto-efektive dhe novative të shërbimit shëndetësor.

7

Reformave të njëkohshme në pjesë të tjera të sistemit shëndetësor, si për shembull të atij parësor. Funksionimi i sistemit të referimit, ku pacientët e anashkalojnë kujdesin parësor dhe mbingarkojnë sistemin sekondar/spitalor shëndetësor.

Literatura

- C. Schwierz. Cost-Containment Policies in Hospital Expenditure in the European Union, European Economy Discussion Paper 037 (2016), 10.2765/253237
- T. Clemens, K. Michelsen, M. Commers, P. Garelb, B. Dowdeswellc, H. Brand European hospital reforms in times of crisis: Aligning cost containment needs with plans for structural re-design? Health Policy, 117 (July (1)) (2014), pp. 6-14, 10.1016/j.healthpol.2014.03.008
- B. Rechel, A. Duran, R. Saltman. What is the experience of decentralized hospital governance in Europe? Policy Brief no 28 European Observatory on Health Systems and Policies (2018).
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/377368/policy-brief-28-eng.pdf?ua=1
- Eurostat/OECD. Country Health Profiles database. Organization for Economic Cooperation and Development, Paris (2019)
- The European Hospital and Healthcare Federation – HOPE Hospitals in Europe. Healthcare data (2018)
- Basabih M, Prasajo E, Rahayu AYS. Hospital services under public-private partnerships, outcomes and, challenges: A literature review. Journal of Public Health Research. 2022;11(3). doi:10.1177/22799036221115781
- Chawla and Govindaraj, improving hospital performance through policies to increase hospital autonomy: implementation guidelines, Department of Population and International Health, Harvard School of Public Health, August 1996;
- Govindaraj and Chawla, Recent experiences with hospital autonomy in developing countries what can we learn? Department of Population and International Health, Harvard School of Public Health, September 1996;
- Potter and Brough, Systemic capacity building: a hierarchy of needs, Health Policy and Planning 19 (5): 336-345, Oxford University Press, 2004;
- Abdullah and Shaw, A review of the experience of hospital autonomy in Pakistan International Journal of Health Planning and Management 22: 45-62, September 2006;
- Technical Assistance for Framework for Provider Autonomy, Albania, EPOS Health consultant, v.2007

KAPITULLI 2

Analizë e koncepteve të reja (bazuar në ligjin e ri të miratuar), një qasje krahasimore me ligjin e vjetër të vitit 2003

Rekomandime për plotësimin e mundshëm me akte nënligjore të duhura për mirëfunksionim.

Konsiderata të përgjithshme për ligjin për shërbimin spitalor

Është e njohur që “Ligji për Shërbimin Spitalor” përbën themelin rregullator të strukturimit, administrimit dhe funksionimit të një spitalit. Me fjalë të tjera, nëse do që një spital (publik a privat) të ndërtohet, administrohet dhe të funksionojë sipas standardeve të përparuara botërore, ky spital duhet të bazohet fort në një ligj specifik, bashkëkohor e eficient. Megjithatë, duhet theksuar se, mbështetja mbi një ligj modern është një kusht i domosdoshëm, por jo i mjaftueshëm që spitali të strukturohet, administrohet dhe të funksionojë siç duhet. Kjo lidhet me disa faktorë, si:

1. Hartimi i plotë dhe i detajuar i akteve nënligjore të cilat projektojnë mekanizmat e detajuar që jetësojnë efektet e Ligjit.
2. Mbi të gjitha, korrektesa dhe rreptësia e zbatimit të Ligjit gjatë veprimtarisë së përditshme të spitalit.

Këta dy faktorë janë “sëmundjet” më të shpeshta e kronike nga të cilat vuan sistemi shëndetësor shqiptar.

Karakteristikat kryesore të Ligjit Nr. 9106, datë 17.07.2003 “Për shërbimin spitalor në Republikën e Shqipërisë”, (ndryshuar me Ligjin 62/2013).

Konsiderata të përgjithshme: Duhet theksuar se “Ligji për Shërbimin Spitalor – viti 2003” u hartua nga specialistët më të mirë të shërbimit spitalor nën drejtimin e Ministrisë së Shëndetësisë, me mbështetjen e plotë dhe të

gjithanshme të Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSH) dhe organizatave të tjera ndërkombëtare me fokus shëndetësinë në Shqipëri. Në hartimin e këtij Ligji u bazuan në modelet më të përparuara dhe bashkëkohore të vendeve më problematike dhe zhvillim të ngjashëm me Shqipërinë. Ky ligj është shkruar me një gjuhë të saktë, të qartë dhe shumë të kuptueshme, duke u bërë një themel i sigurt për organizimin dhe funksionimin e shërbimit spitalor në vendin tonë. Mbështetja në këtë ligj siguroi ato pak arritje dhe atë zhvillim relativisht pozitiv në shërbimin spitalor të vendit tonë në së paku dy dekadat që pasuan.

Po cilat janë karakteristikat kryesore të *Ligjit Nr. 9106, datë 17.07.2003 “Për shërbimin spitalor në Republikën e Shqipërisë” (ndryshuar me Ligjin 62/2013)*?

Qëllimi i këtij Ligji ishte “të rregullojë organizimin, financimin, funksionimin dhe kontrollin e veprimtarisë në fushën e shërbimit spitalor në Republikën e Shqipërisë”.

✓ **Në kreun e parë** (Dispozitat e përgjithshme) përcaktohen qartë çfarë janë spitalet, hapja dhe mbyllja e tyre, ndihma mjekësore që ofrojnë, spitali publik vs. spitali privat, etj.

✓ **Në kreun e dytë** përcaktohen struktura dhe mënyra e administrimit të autoritetit spitalor të qarkut, organet drejtuese (këshilli administrativ, drejtorja, komisioni mjekësor), përgjegjësitë dhe rregullat e funksionimit të tyre, ku përcaktohen shumë qartë marrëdhëniet dhe përgjegjësitë e secilës, dhe roli e funksionet e Ministrisë së Shëndetësisë.

○ *Duhet theksuar që rregullat e përcaktuara në këtë ligj janë një model me vlerë i decentralizimit të shërbimit spitalor, e kjo e fundit do të shërbejë si një bazament i domosdoshëm për statusin e autonomisë spitalore.*

✓ **Kreu i tretë** përcakton në mënyrë shtjelluese organizimin, strukturën, mënyrën e financimit dhe rregulloret e funksionimit të spitaleve publike.

✓ **Kreu i katërt** përcakton në mënyrë të detajuar dhe shumë koncize kategoritë, strukturën organizative dhe shërbimet që ofrojnë spitalet publike (spitale ditore, spitale në nivel bashkie, spitale qarku, spitale terciare).

✓ **Kreu i pestë** merret me planifikimin spitalor, duke përcaktuar qartë një strukturë qendrore (Komiteti Shtetëror për Planifikimin Spitalor) dhe strukturat rajonale (komiteti për planifikimin spitalor publik të qarkut), si edhe përcakton qartë kriteret dhe normat e planifikimit spitalor në nivel qarku e atë kombëtar.

- *Kjo është një tjetër dëshmi e shkëlqyer se si duhet të funksionojë decentralizimi në sistemin spitalor.*

✓ **Kreu i gjashtë** merret me spitalet jo – publike (private), duke përcaktuar qartë procedurën për hapjen dhe mbylljen e tyre, mënyrën e monitorimit nga Ministria e Shëndetësisë, mënyrën e organizimit dhe funksionimit, penalitet për shkeljet dhe procedurat e dënimit administrativ, etj.

Karakteristikat kryesore të Ligjit Nr. 55/2022, datë 07.07.2022 “Për shërbimin spitalor në Republikën e Shqipërisë”

Ligjet janë si frymorët: me kalimin e kohës “plaken” dhe kanë nevojë të rishikohen, përmirësohen dhe pse jo të rishkruhen. Për më tepër, meqenëse zhvillimi i sistemit shëndetësor diktoi edhe ndryshime të rëndësishme të mënyra e ofrimit të shërbimit shëndetësor spitalor, specifikisht në zgjerimin e shërbimit shëndetësor jopublik (privat), kjo detyrimisht kërkonte një ndryshim të sistemit rregullator (ligjor) për t’iu përshtatur zhvillimeve të reja të vrullshme në këtë drejtim. Kështu ndodhi edhe me Ligjin për Shërbimin Spitalor, i vitit 2003; ai u amendua në vitin 2013 dhe u rishkrua në vitin 2022.

Cilat janë karakteristikat kryesore Nr. 55/2022, datë 07.07.2022 “Për shërbimin spitalor në Republikën e Shqipërisë”?

Konsiderata të përgjithshme: Fillimisht duhet theksuar se, si një produkt i hartuar pothuajse dy dekada më vonë, ky ligj është më gjithëpërfshirës, duke mbuluar plotësisht problematikën e shërbimit spitalor. Por, nga ana tjetër, vërehet një prirje për t’u marrë më shumë me shpjegime teorike se sa përcaktime ligjore të sakta. Po ashtu vërehet që gjuha e përdorur vende vende është e paqartë dhe konfuze, gjë e cila të shtyn të mendosh për një adaptim të nxituar të një dokumenti bazë të marrë nga përvojat e huaja.

Le ta analizojmë më në detaje:

✓ **Kreu i parë** merret me objektin, qëllimin, parimet e ofrimit të kujdesit shëndetësor spitalor dhe pothuajse treçerekun e zënë teoritë mbi përkufizimet dhe përgjegjësitë e Ministrisë së Shëndetësisë, që për mendimin tonë duhet të ishin shumë më koncize. Nga ana tjetër, në përgjegjësitë e Ministrisë së Shëndetësisë ka edhe elemente si pika “d) organizon, monitoron dhe auditon veprimtarinë e spitaleve publike sipas legjislacionit në fuqi”, por edhe të tjera që janë për t’u diskutuar pasi ngatërrohen funksionet politikbërëse me ato menaxhuese, e si të tilla janë shqetësuese.

✓ **Kreu i dytë** merret me konceptin e planifikimit spitalor, duke përcaktuar strukturën dhe funksionet e Komiteti për Planifikimin Kombëtar Spitalor. Këtu të bën përshtypje theksimi që i bëhet jo një herë faktit që Komiteti për Planifikimin Kombëtar Spitalor është “një organ këshillimor i ministrit për politikën e zhvillimit të sistemit spitalor”, pra me funksion dhe peshë të lehtë vepruese. Një tjetër element që ndeshet këtu është gjuha e përdorur, e cila është e paqartë dhe të bën të mendosh për një material të marrë nga praktikë e huaja dhe të adaptuar dobët.

“a) koeficientet që do të aplikohen në nivel kombëtar dhe rajonal, bazuar në situatën e përbërësve shëndetësorë, gjeo-morfologjikë dhe socialë-ekonomikë-kulturorë, për të nxjerrë raportin ndërmjet numrit dhe shpërndarjes së shtretërve, shpërndarjes së burimeve njerëzore dhe popullsisë”. Kjo fjali mbetet e paqartë.

✓ **Kreu i tretë** merret me spitalet publike dhe jo publike, modelet, shërbimet që ofrojnë, akreditimin e tyre, etj, gjithçka standarde dhe pa risi, sepse akreditimi i institucioneve shëndetësore edhe në vendin tonë është nisur si koncept dhe institucionalizuar që prej vitit 2005.

○ *“QKCSA-ISH është strukturë në varësi administrative të Ministrisë së Shëndetësisë e krijuar me datë 16/09/2005, me autonomi në veprimtarinë teknike - profesionale lidhur me proceset dhe metodat e përmirësimit të cilësisë, sigurisë, përpilimit, si dhe vlerësimit të standardeve dhe nënstandardeve (kriterëve). Është institucioni i vetëm kombëtar përgjegjës për kryerjen e akreditimit të institucioneve shëndetësore publike dhe private”.*

✓ **Kreu i katërt** sqaron organizimin dhe funksionimin e spitaleve publike. Kategorizimi i spitaleve, mënyra e financimit të tyre dhe sistemi i referimit janë përsëri shabllon. *Pjesa më delikate e këtij kreu është neni 14, që merret me mënyrën e organizimit dhe funksionimit të spitaleve publike dhe sidomos mënyra e zgjedhjes së organeve drejtuese.*

Në pikën 1 përcaktohet se: “Organi drejtues i spitalit ditor dhe spitalit bashkiak është drejtorja e spitalit”?

Këtu nuk përmendet fare bordi, dhe nëse do kemi një kuadër ligjor të mirëfilltë për mënyrën e funksionimeve të tërë spitaleve, nuk mundet që një spital të drejtohet me bord dhe një tjetër me komandim apo emërim drejtuesi?

Cilës praktikë i referohen?

Për më tepër në pikën 2 sanksionohet që: “Organet drejtuese të spitalit rajonal, qendrës spitalore rajonale, spitalit universitar dhe spitalit terciar janë drejtori i përgjithshëm, bordi drejtues dhe komisioni mjekësor”, pra vendosen në një nivel drejtori me bordin dhe komisionin mjekësor. Në çdo spital të botës së qytetëruar/zhvilluar në ditët e sotme është bordi ai që drejton dhe zgjedh drejtorin ekzekutiv e më tej.

Edhe pika 3: “Mënyra e krijimit, organizimit dhe funksionimit të spitalit rajonal, qendrës spitalore rajonale, spitaleve terciare dhe spitaleve universitare përcaktohet me vendim të Këshillit të Ministrave”, është shabllon, teknikalitet – që në fakt duhet të merren teknikët dhe profesionistët e fushës;

 **Kreu i pestë** “Autonomia spitalore” është pa dyshim pika më nevralgjike e këtij ligji. Duhet theksuar se në këtë pjesë janë trajtuar mjaft elementet kryesorë të autonomisë spitalore si synimet, modelet, kriteret, mënyra e aplikimit, karta e autonomisë si instrument ligjor që përcakton fushat ku mund të aplikohet autonomia spitalore, organet drejtuese të spitalit autonom, kompetencat kontraktuese, mbikëqyrja e spitaleve autonome e deri te mekanizmi i shfuqizimit të kartës së autonomisë.

Por në fakt ka elemente që janë të paqarta, pa që nuk janë marrë parasysh edhe problemet që kanë dalë nga shtete të tjera që i kane aplikuar këto modele, duke përfshirë edhe konfliktet ndërinstitutionale apo edhe polarizimin politik që mund të çojë në mosfunksionimin e bordit apo të qeverisjes spitalore në tërësi:

- Në pikën i, germën b dhe ç flet për rritje të transparencës dhe llogaridhënies ndaj qytetarëve, kjo është një term shabllon, sepse qytetarët

dhe komuniteti në fakt duhet të ishin informuar që në fillim të draftit të projektligjit në mënyrë që të merreshin parasysh edhe kërkesat dhe shqetësimet e qytetarëve dhe komunitetit për problemet që hasin në kujdesin mjekësor në tërësi dhe kujdesin e shërbimit spitalor në veçanti. Pastaj është, nëse në bordin spitalor shumica komandohet/emërohet nga ministria apo institucionet qendrore, si mundet komuniteti të ketë rol në vendimmarrje?

- Në pikën 4, sikurse u vu në dukje edhe në kreun 2, përderisa Komiteti për Planifikim Kombëtar Spitalor, dhe rrjedhimisht anëtarët e këtij komiteti, kanë tagër vetëm këshillimor dhe jo vendimmarrës, ngre dyshime se ata nuk do kenë tagër vendimmarrëse edhe në respekt të kartës së autonomisë dhe sistemit të pikëzimit, që i referohet se përcaktohen me urdhër ministri, por e lë evaziv faktin se nga kush të dhëna dhe rekomandime do bazohet ky urdhër ministri.
- Neni 19, pika 5, tregon centralizim absolut që në marrjen e kërkesës në aplikimin që bëhet për të fituar të drejtën për autonomi spitalore, pra nuk ka organe të tjera që e marrin si fillim dhe analizojnë kërkesën. Sepse shprehet tekstualisht "Ministri është organi përgjegjës për pranimin e kërkesës për autonomi spitalore".
- Neni 21, sa i përket pikës 1, germës c dhe pikës 2 dhe 4 që kanë të bëjnë me bordin dhe administratorin, këtu nëse do i nisemi edhe nga eksperiencia e vendit tonë në universitete, duhet të kuptojmë se anëtarët e bordit do jenë të emëruar nga Ministria e Shëndetësisë apo nga entitete të tjera si nga FONDI, dhe Ministria e Arsimit në rastet e Spitaleve Universitare, dhe si do zgjidhen problemet e pengesave të mundshme që lindin, sepse këtu është shumë i shkurtër dhe i paqartë si informacion, që sado të plotësohet me akte nënligjore, do duhet të merren parasysh problemet që kanë lindur me bordet dhe

administratorët në universitete, që kanë çuar deri në problematika serioze, apo çështje gjyqësore që vazhdojnë edhe sot.

- Neni 24, pika 2, sa i përket burimeve financiare, të ardhurat e spitaleve autonome konsiderohen fonde publike dhe i nënshtrohen rregullave të menaxhimit financiar të fondeve publike, kjo të çon te një centralizim sikurse ka qenë deri më tani me të ardhurat dytësore që nuk mund të përdoren nga spitalet për nevojat e tyre, motivimin e stafit, investime për institucionin, por duhej miratim nga ministria për përdorimin e tyre, qoftë edhe për edukimin në vazhdim të stafit mjekësor apo për situata te tjera te ngjashme.

✓ **Kreu i gjashtë** është përsëri një “pikë e nxehtë” pasi merret me një çështje që shqetëson prej dekadash; punësimin e dyfishtë të personelit mjekësor, kryesisht mjekëve të spitaleve publike.

- Neni 26 dhe 27. Praktikët e dyfishtë përbëjnë një element shumë të rëndësishëm si nga ana pozitive por edhe në atë negative që mund të shkaktojë. Këtu është shumë shkurt si aspekt ligjor, nuk parashikon privilegjin spitalor, nuk përcakton hospitalistin, si dhe nuk përcakton nëse i gjithë personeli mjekësor (mjekët, infermierët, teknikët e mjekësisë) dhe personeli ndihmës mund të ushtrojnë praktika të dyfishta, sepse kjo është së pari diskriminim për infermierët dhe personelin tjetër, sepse sot ne kemi infermierë edhe me edukim master shkencor dhe doktoraturë; atëherë këta nuk kanë të drejtë të ushtrojnë praktikë të dyfishtë?
- Aspekti tjetër është i paqartë, sa i përket kush kategori e mjekëve, siç është cituar në nenet përkatëse, do të ushtrojnë praktikë të dyfishtë? Do ketë kategorizim, si për shembull profesorë, shefa, mjekët e dalë në pension me kontrata me spitalet, etj?

- *Pra, përcaktime shumë të qarta, e si të tilla lënë shtigje të gjerë për abuzime të të gjitha formave dhe mënyrave të mjediseve, laboratorëve, pajisjeve dhe çdo gjë tjetër në spitalet publike, duke amortizuar edhe pajisjet apo infrastrukturën spitalore.*

✓ **Kreu i shtatë** përcakton kriteret për hapjen dhe mbylljen e spitaleve jo publike. Çdo gjë është standarde, por duhet përsëritur detyrimi ligjor mbi këto institucione (spitalet jo publike) sipas pikës 2 të Nenit 29 që përcakton se “Spitalet jopublike grumbullojnë, përpunojnë dhe raportojnë të dhënat shëndetësore, të përcaktuara nga ministria dhe në zbatim të ligjit për mbrojtjen e të dhënave personale”.

- *Kjo pasi përvoja negative e mosraportimit të spitaleve (institucioneve) shëndetësore jo publike gjatë këtyre viteve është shumë deficiente dhe ka krijuar deformim serioz të informacionit klinik mbi sëmundshmërinë e popullatës sonë.*

✓ **Kreu i tetë**, dispozita të fundit, dhe më konkretisht Neni 31, Dispozita Kalimtare, tregon qartazi se “ku fle lepurit”: “Spitali Memorial në Fier, me hyrjen në fuqi të këtij ligji, për një periudhë 2-vjeçare aplikon autonominë menaxheriale, si një spital pilot, i krijuar në bazë të marrëveshjes së bashkëpunimit midis Këshillit të Ministrave të Republikës së Shqipërisë dhe qeverisë turke”.

- *Pra ngutja dhe emergjenca për të bërë një ligj të ri për shërbimin spitalor në Republikën e Shqipërisë është vetëm për “t’i qepur kostumin që i shkonte sipas trupit” Spitalit Memorial të Fierit.*

“Konceptet e reja” të Ligjit të ri Nr. 55/2022 për shërbimin spitalor në Republikën e Shqipërisë

Ligji Nr. 55/2022 “Për shërbimin spitalor në Republikën e Shqipërisë”, i hartuar me shumë ngut dhe miratuar po aq shpejt, u propagandua me shumë bujë si një ligj bashkëkohor që do të sillte risi të shumta në mënyrën e funksionimit dhe administrimit të spitaleve tona.

Cilat janë këto “risi” dhe si qëndron e vërteta?

Le t’i marrim me radhë:

“Koncepti i ri i modelit të autonomisë spitalore” – siç theksuam edhe më sipër, ky koncept është relativisht i ri pasi është elaboruar edhe në Ligjin e Spitaleve të vitit 2003 dhe në dokumente të tjera strategjike të Ministrisë së Shëndetësisë ndër vite. Nga pikëpamja formale teorike ky koncept është trajtuar mirë, por problemi qëndron në aplikimin e tij në praktikën tonë spitalore.

Më konkretisht, pyetjet e ngritura janë:

1. Sa prej spitaleve tona janë të gatshme të fitojnë statusin e spitalit autonom?
2. Kur do të fillojë ky proces?
3. A ka nevojë për ndryshime graduale (decentralizimi) dhe sa e gatshme është Ministria e Shëndetësisë për të lëshuar kompetenca menaxheriale që i ushtron apriori prej vitesh?

Vështirë të besohet se ky super centralizim i sotëm, që ka kompetencë nga organet qendrore deri në emërimin e një asistente mjekësore apo sanitare e spitaleve, të lëshojë kompetenca për të mundësuar autonominë reale të spitaleve tona. Pa një proces decentralizimi gradual, autonomia spitalore do të mbetet si “vija e horizontit, që sa më shumë i afrohesh, aq më shumë të largohet”.

“Koncepti i praktikave dyfishe për mjekët e sistemit shëndetësor publik”

– në të vërtetë ky është një koncept i ri për sa i përket përfshirjes ligjore, por mënyra e formulimit dhe rregullimit është shumë e përgjithshme dhe e paqartë dhe lë shtigje të shumta për abuzime me pajisjet, laboratorët, mjediset dhe të gjitha pronave të tjera të spitaleve publike nëse nuk rregullohen me kujdesin dhe ashpërsinë e duhur me akte nënligjore.

Koncepti i akreditimit spitalor – është trajtuar edhe në dokumente të tjerë strategjikë të Ministrisë së Shëndetësisë dhe është një praktikë që ka filluar të aplikohet prej shumë vitesh, por është e rëndësishme që të jetë e sanksionuar edhe në ligjin e spitaleve.

Koncepti i turizmit shëndetësor – është një frazë e vetme e cila duhet të shtjellohet gjerësisht me akte nënligjore, për shembull: kirurgjia estetike, shërbimi mjekësor i riprodhimit të asistuar, apo edhe shërbimet e tjera kërkojnë akte nënligjore të standardeve të Bashkimit Evropian, akreditimi dhe rankimi i shërbimeve, sigurimi i profesionistëve të mjekësisë, etj.

Konceptet e tjera si “planifikim më i mirë spitalor, një sistem efikas kundër korrupsionit brenda sistemit shëndetësor, menaxhim më efektiv të burimeve njerëzore, administrim dhe përmirësim të shpenzimeve dhe burimeve financiare të spitaleve nëpërmjet kostifikimit të procedurave klinike, etj.

Janë vetëm fjalë në ajër, të pa mbështetura gjëkund për të mbuluar boshllëkun e reformave dhe risive që reflektohen edhe te ky ligj, sepse mungesa e menaxherëve shëndetësorë, mungesa e menaxherëve administrativë, mungesa e një infrastrukture funksionale e informatizuar/digjitale dhe vazhdimi i largimit të personelit mjekësor në mënyrë eksodike, etj, tregojnë që vështirësitë e implementimit do hasen që në fazat e para.

Ngjashmëritë dhe ndryshimet – Qasje krahasimore e dy ligjeve

Prezantimi i veçantë dhe relativisht i detajuar i koncepteve kryesore të të dy ligjeve që iu bë më sipër kishte si qëllim që të lehtësonte zbulimin e ngjashmërive dhe ndryshimeve midis tyre.

NGJASHMËRITË

Ngjashmëritë janë të shumta, e kjo është e kuptueshme pasi fokusi i tyre është i njëjtë, spitalet. Më konkretisht:

Forma e hartimit të ligjit është e njëjtë, pra me dispozitat e përgjithshme, kategorizimet e spitaleve, spitalet publike, spitalet jo-publike, planifikimi spitalor, etj.

Kategorizimi i spitaleve është mjaft i ngjashëm.

Planifikimi spitalor është pothuajse identik në të dy ligjet.

Financimi i spitaleve publike është përsëri mjaft i ngjashëm (pothuajse të njëjtat burime).

NDRYSHIMET

Ndryshimet janë disa, por me shumë rëndësi. Konkretisht:

Koncepti i autonomisë spitalore – në Ligjin e ri të vitit 2022.

Koncepti i praktikave të dyfishta – në Ligjin e ri të vitit 2022.

Koncepti i akreditimit të spitaleve – në Ligjin e ri të vitit 2022.

Gjuha e përdorur dhe konceptet e përfshira janë më të qarta dhe të kuptueshme në Ligjin e vitit 2003, ndërsa në atë të viti 2022 ka momente të paqarta dhe konfuze.

Ligji i vitit 2003 është më decentralizues dhe i qartë, kjo për sa i përket mënyrës së përzgjedhjes së organeve drejtuese të spitaleve.

PËRFUNDIME

1

Ligji i ri “Për Shërbimin Spitalor në Republikën e Shqipërisë”, i vitit 2022, vuan nga disa mangësi, që shkojnë deri në serioze për t’u rregulluar sipas modeleve moderne për shërbimin spitalor të vendit.

2

Problemi më serioz është mungesa e sistemit të decentralizimit të kompetencave, që do të ishte pararendëse e autonomisë spitalore.

3

Probleme të tjera janë edhe paqartësia dhe mungesa e mekanizmave rregullatorë, që do të sigurojnë implementimin e saktë, në kohë dhe pa abuzime të politikave të punësimit të dyfishtë, etj.

4

Ligji i ri “Për Shërbimin Spitalor në Republikën e Shqipërisë”, i vitit 2022, është një “kostum i qepur me ngut” për Spitalin Memorial të Fierit?!

5

Ligji i ri “Për Shërbimin Spitalor në Republikën e Shqipërisë”, i vitit 2022, nuk jep zgjidhje të centralizimit të punësimeve të personelit mjekësor – Mjekë për Shqipërinë, Infermierë për Shqipërinë, siguri, ushqimit, etj.

6

Ligji i ri “Për Shërbimin Spitalor në Republikën e Shqipërisë”, i vitit 2022, nuk jep zgjidhje për shërbimet e koncesionuara (sterilizimi, laborator, dializa, që tashmë janë dhënë për shumë vite nën kontraktim privat) apo edhe për prokurimet e ardhshme në ilaçe dhe pajisje/infrastrukturë, sisteme ngrohje/ftohje, karburant, etj, që realizohet e centralizuar, duke bërë të pamundur ushtrimin të një autonomie administrative apo financiare.

REKOMANDIMET

Plotësimi i mundshëm me akte nënligjore të duhura për mirëfunksionim të Ligjit Nr. 55/2022 për shërbimin spitalor në Republikën e Shqipërisë.

Hartimi i akteve nënligjore të sakta, me mekanizma protektive për interesin publik, me afate kohore etj., janë e vetmja mundësi për të rregulluar sado pak mangësitë e pasqyruara në Ligjin “Për Shërbimin Spitalor në Republikën e Shqipërisë”, i vitit 2022.

Disa nga fushat ku janë të domosdoshme hartimi i akteve nënligjore, janë si më poshtë:

1. Planifikimin Kombëtar Spitalor – ri-dimensionim sipas shfrytëzimit të shtretërve, shërbimeve dhe kosto-efektivitetit, si dhe qëndrueshmërisë së dhënies së shërbimit spitalor pranë vendbanimeve.
2. Rritja e buxhetit për sistemin shëndetësor dhe atë spitalor – rritja e kontributeve shëndetësore.
3. Shtetasit e huaj që marrin shërbim shëndetësor në spitalet publike dhe jo-publike.
4. Turizmi shëndetësor.
5. Akreditimi dhe rankimi i spitaleve, shërbimeve spitalore.
6. Kategoritë e spitaleve dhe sidomos organet drejtuese të tyre
7. Mekanizmat e referimeve në spitale

8. Financimi i spitaleve dhe përfshirja e tyre në projekte, punë kërkimore, bashkëpunime vendase dhe të huaja, duke ruajtur integritetin e të dhënave sensitive, etike-profesionale dhe legale të popullatës që merr shërbimin në këto institucione.
9. Autonomia spitalore, kriteret, karta, dhe përcaktimi i hapësirës dhe mundësisë së veprimit si autonom funksional, nën monitorim dhe llogaridhënie, por jo nën dirigjim qendror etj.
10. Llogaritja e kostove të shërbimit spitalor në vend sipas DRG dhe implementimi i DRG - diagnose related group/kostifikimi/kodifikimi i shërbimit mjekësor.
11. Praktika e dyfishtë e punës për mjekët në spitalet publike, përcaktimi i kriterëve rigoroze, pa preferenca dhe pa përshkrime ambigue.
12. Hapja, monitorimi dhe mbyllja e spitaleve publike.
13. Në Nenin 31, në mënyrë preferenciale kalon Spitali Memorial i Fierit në vend të parë për aplikimin për autonomi menaxheriale, si spital pilot, ndërkohë, sipas mendimit tonë, duhet të ishte QSUT-ja si vendi ku formohen pjesa dominuese e profesionistëve të mjekësisë sot, në mënyrë që të shërbente si një lloj shkolle për spitalet e tjera në vend!

ANEKS 1

OPINIONE NGA OFRUESIT E PROFESIONISTË TË SISTEMIT SHËNDETËSOR

Përmbledhje e gjetjeve:

- Autonomia është e pjesshme: *“Ka mangësi, sepse, edhe pse konsiderohet autonom, kompetencat vazhdojnë t’i mbeten Ministrisë së Shëndetësisë.”*
- Praktika duale: mbetet e paqartë se si do funksionojë.
- Menaxhimi spitalor po ashtu mbetet fushë e minuar, sepse mungesa e profesionistëve menaxherë mjekësor, spitalor dhe administrative mjekësore e bën këtë sfidë dhe më shumë eksperimentuese dhe me shumë risk.
- Ndërhyrja e politikës ndërlikon funksionimin e shërbimit shëndetësor, qoftë ky autonom ose jo, dhe një nga problemet do të haset te bordi, mosmarrëveshjet politike apo ndërinstitutionale do të reflektohen në bord dhe më tej në organizimin dhe menaxhimin e spitalit, deri në shërbimin ndaj pacientëve, sikurse ka ndodhur edhe në universitete.
- Kontratat afatgjata me privatët (4 PPP-të e sistemit shëndetësor) kufizojnë implementimin e reformës. Partneriteti me privatët zë pjesën më të madhe të buxhetit të shëndetësisë, çka nuk sqarohet se si do te veprohet në këtë rast me kontratën e sterilizimit, laboratorit, dializën, etj.
- Ridimensionimi organizativo-menaxherial aktual, me dirigjim qendror, në respekt të punësimeve dhe investimeve në spitale.
- Duhet përcaktuar qartë se çfarë dhe sa do të mbulojë siguracioni. Nëse nuk përcaktohet qartë se sa do mbulojë, nuk do të ketë autonomi as për pacientin që të zgjedhë, dhe as për spitalin si ofrues shërbimi.

- Përqindja që do të zënë profesionistët e mjekësisë që punojnë në institucionet spitalore në bord, sepse këta mbrojnë interesat direkte të institucionit që punojnë dhe të pacientëve në një mënyrë.
- Vendi që do të zë komuniteti në bord është i paqartë.
- Vendi që do të zë pushteti lokal dhe qendror në bord është i paqartë.
- Përqindja që do të zënë investimet në infrastrukturë dhe shërbime dhe përqindja që zënë pagat duhet të jenë të qarta.
- Nevoja për autonomi në nivel shërbimi spitalor në mënyrë që të ketë decentralizim dhe rritje të konkurrencës së shërbimeve.
- Kostoja e pagesave të bordit që do i kushtojë të ardhurave të spitalit autonom, sepse ata do të jenë të paguar, apo do jetë punë vullnetare, që përsëri duhet menduar për seriozitetin e përkushtimit ndaj detyrës në bord.

Përmes një diskutimi të përbashkët me përfaqësues të profesionistëve të mjekësisë, ekspertë të politikave shëndetësore, drejtues dhe ish-drejtues të institucioneve shëndetësore, përfaqësues të Komisionit të Shëndetësisë (Komisioni për Punën, Çështjet Sociale dhe Shëndetësinë, në Parlament), ish-drejtues të spitaleve rajonale, bashkiake, drejtues shërbimesh, mjekë, infermierë, kryeinfermierë, përfaqësues të shoqërisë civile u mblodhën informacione, opinione, eksperiencë dhe perceptime lidhur me ligjin e ri të shërbimit spitalor në RSH.

Ligji për shërbimin spitalor po kalon proceset e miratimit dhe pajisjes me akte nënligjore, pa u konsultuar me profesionistët që punojnë në të gjitha hallkat dhe nivelet e sistemit.

Ndonëse parimishit profesionistët bien dakord që autonomia spitalore është modeli më i mirë i funksionimit dhe menaxhimit të shërbimit spitalor, ka shumë skepticizëm lidhur me implementimin e ligjit, duke e lidhur me dy elemente të rëndësishëm: a) vullnetin e të gjithë aktorëve të përfshirë për ta implementuar këtë ligj si duhet b) gadishmërinë e sistemit për ta mirëpritur këtë ndryshim thelbësor.

R.C: *Implementimi i një ligji, mënyra se si do funksionojë, kërkon akte nën ligjore të mirëpërcaktuara, në mënyrë që të mos futemi në ngërçe dhe rrugë pa krye, siç ka ndodhur edhe me ligje të tjera, përfshirë ligjin e arsimit të lartë që vazhdon të prodhojë debat. Pra, duhet përcaktuar mirë: çfarë autonomie do ketë spitali, çfarë shërbimesh mund dhe do të ofrojë (cili është kriteri dhe limiti i shërbimeve që mund të ofrohen?), kush do i përzgjedhë anëtarët e bordit, çfarë kompetencash kanë, a është përfshirë përfaqësimi nga komuniteti? A është përfshirë përfaqësimi nga profesionistët e mjekësisë (mjekë dhe infermierë, teknikientë, etj). Pastaj çfarë autonomie (menaxheriale dhe ekonomike, klinike dhe shkencore) do ketë reparti/shërbimi i spitalit, kush e përzgjedh ekipin e punës/ profesionistëve në reparte/shërbime mjekësore? Kush e përzgjedh shefin e shërbimit, repartit mjekësor? Kush e monitoron? Kush e zgjedh drejtuesin e spitalit?*

T.K. Që në momentin që është krijuar QSUT. Në modelin francez të vitit 1986, ndër të para qendër universitare në botë, koncepti ishte që struktura drejtuese e spitalit të përbëhej nga një bord mjekësh, që ishin shefat e shërbimeve, me një status 3-vjeçar, anëtarë të këtij bordi, dhe ricikloheshin deri në 2 herë. Të tjerët vinin pas 6 vjetësh, nuk kishin të drejtë më shumë se aq. Spitali drejtohej nga dy koka: 1-kokë administrative (drejtori ekonomik), që ishte ekonomist dhe përgjithësisht kishte mbaruar një arsim dyvjeçar në shkollën e administratës publike, që ishte pranë Ministrisë së Francës, dhe 2- drejtori teknik, që ishte një nga këto shefat (bordi zgjidhte

një drejtues) dhe asnjë vendim nuk merrej si për ecurinë e fondeve, shpërndarjen, pa doakordësinë e të dyve. Shkresat kishin 2 firma.

Ligji konsiderohet i mangët dhe i paqartë, veçanërisht në drejtim të rolit të Ministrisë dhe të bordit. Kush vendos/cakton kë? Kush vendos për çfarë? Nëse Ministria cakton Bordin, çfarë e garanton autonominë e shërbimit.

B.A: Ministrat vendosin politikat e shëndetësisë, që nuk ka kuptim, duhen konsultuar profesionistët. Bordet janë vend qokash të vendosur nga politika. Kemi keqfinancim të sistemit dhe keqmenaxhim. Nevoja që të ketë liberalizim, karta e siguracioneve duhet të mbulojë shërbimet e pacientëve si në spitalet publike dhe ato private.

R.K: Autonomia spitalore është vendimmarrje, menaxhim dhe financim. Në lidhje me përzgjedhjen e bordit, përzgjidhet nga hierarkia politike. Mendoj që këtu fillon problemi.

‘Sigurimet shëndetësore’ përbëjnë pikë nevralgjike të ligjit, pasi sipas profesionistëve duhet përcaktuar se çfarë mbulojnë siguracionet. Kontributet e sigurimeve shoqërore dhe shëndetësore janë pagesa të detyrueshme për të gjithë personat ekonomikisht aktivë, ku përfshihen edhe të vetë-punësuarit.

G. K: *Së pari duhet të ishte krijuar tregu shëndetësor. Çfarë do të thotë? Çdo individ ka kartën e sigurimeve shëndetësore (siç e ka Franca, Gjermania etj) të shkojë të vizitohet kudo dhe kjo kartë ka përqindjen e mbulimit 60%, 80%, 100%, nëse është spital publik i ka 100% të mbuluara. Paqartësi se çfarë roli do të luajë “Komiteti i Politikave”, do ketë rol vetëm këshillues, vendimmarrës apo do ketë rol politikë-bërje në planifikimet e shërbimeve spitalore?*

K.P: Problem kryesor është siguracioni. Nëse nuk përcaktohet qartë se sa do mbulojë, nuk do të ketë autonomi. Ka modele të ndryshme të jashtme që mund të analizohen. Nëse na përshtatet modeli gjerman, duhet t'i për-afrohemi atij modeli.

B.A: Duhet të ketë një liberalizim, çdokush që paguan me siguracion të ketë një kartë me një vlerë bazuar në të ardhurat që ka paguar dhe me atë kartë ta marrë shërbimin ku të dojë, në privat ose në shtet.

E. C. Pacientët pjesën më të madhe të kohës “përplasen” me infermierët, roli i infermierëve në autonominë spitalore duhet të jetë i qartë. Ne sot kemi një model me administrator, koordinatorë në QSUT, por që lënë për të dëshiruar, në respekt të rolit që kanë dhe çfarë duhet të bëjnë në kuadër të rritjes së cilësisë së shërbimit ndaj pacientëve.

I.S. Prezenca e shoqërisë civile dhe komunitetit u shpërfill në fazën e hartimit të këtij projekt-ligji dhe tashmë ligji, çfarë roli do kenë në të ardhmen në autonominë spitalore mbetet e paqartë.

E. P. Deri më tani kemi vënë re shtim të numrit të administratës dhe uljen e numrit të personelit mjekësor, ndërkohë sot jemi vendi që kemi numër mjek apo infermier për banorë shumë më pak sesa edhe vendet e rajonit. Mendoj që ne nuk mund të aplikojmë modele të Evropës Perëndimore, sepse financimi në sistemin tonë shëndetësor është i ulët, dhe ne duhet t'i përqasemi modeleve të vendeve rajonale, si Maqedonia e Veriut.

R.C. Një problematikë në vendin tonë do të ketë edhe me monitorimin e punës së shërbimeve, sepse nëse një shërbim avancohet në cilësi dhe standarde të larta, në krahasim edhe me shërbimet e një qendre universitare, lind pyetja nga kush do monitorohet ky shërbim?

Sepse kemi patur raste që shërbime në spitale rajonale janë intimiduar, deri në procese gjyqësore të “stisura”, vetëm e vetëm për të frenuar konkurrencën. Nëse ne nuk do kemi DRG, kostifikimin e shërbimeve, nuk do të mundemi të ofrojmë dot shërbime mjekësore cilësore ndaj pacientëve, por as do të kemi autonomi spitalore funksionale.

Kompanitë e mëdha duhet t’u ofrojnë punonjësve të tyre siguracione private, në mënyrë që të tërheqin fuqinë punëtore, por edhe të rrisin gamen e marrjes së shërbimit mjekësor për punonjësit e tyre, dhe karta e sigurimeve shëndetësore të detyrueshme apo private duhet të ndjekë nevojat e kujdesit mjekësor në kohë reale.